

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
**TUMEURS DES PARTIES MOLLES
DES MEMBRES**

(Du conjonctivome dit de la gaine
des vaisseaux en particulier)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène POLLOSSON

Ex-Interne des Hôpitaux

Chef de laboratoire de Clinique chirurgicale

né à LYON le 10 Août 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DES
PARTIES MOLLES DES MEMBRES

(Du conjonctivome dit de la gaine des vaisseaux
en particulier)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
**TUMEURS DES PARTIES MOLLES
DES MEMBRES**

(Du conjonctivome dit de la gaine
des vaisseaux en particulier)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène POLLOSSON

Ex-Interne des Hôpitaux

Chef de laboratoire de Clinique chirurgicale

né à LYON le 10 Août 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; PATEL, assesseur ;
LAROYENNE et TAVERNIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE,
LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER,

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Externat

M. LE PROFESSEUR BERARD,
M. LE PROFESSEUR NICOLAS,
M. LE DOCTEUR DESGOUTTES,
M. LE PROFESSEUR ROQUE,
M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE,
M. LE PROFESSEUR VILLARD.

Internat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DURAND,
M. LE PROFESSEUR BERARD,
M. LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND,
M. LE DOCTEUR DELORE,
M. LE DOCTEUR MOLIN,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE PROFESSEUR TIXIER,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.

A MES MAÎTRES A LA FAÇULTÉ

Laboratoire d'Anatomie :

M. LE PROFESSEUR LATARJET,

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE.

Laboratoire de Médecine opératoire :

M. LE PROFESSEUR VILLARD,

M. LE PROFESSEUR PATEL,

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.

Publications antérieures.

Corps étrangers de l'appendice (avec M. Tixier). *Lyon Médical*, 1921, p. 1097.

Sigmoïdite; péritonite par propagation; syndrome occlusif temporaire (avec M. Reboul). *Lyon Médical*, 1922, p. 473.

Myxome ou sarcome de la main (avec M. Laroyenne). *Lyon Médical*, 1922, p. 674.

Ankylose des deux hanches. Arthroplastie unilatérale (avec M. Laroyenne). *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 750.

Récidive abdominale d'un cancer du sein quatorze ans après une intervention (avec M. Dunet). *Lyon Médical*, 1923, page 17.

Recherches sur la circulation veineuse du foie chez l'homme avant et après la naissance (avec M. Michon). *Compte rendu de l'Association des Anatomistes*, 18^e réunion, mars 1923.

De l'invagination intestinale chronique et aiguë (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 1924, p. 3.

Ulcère perforé de l'estomac (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 124, p. 299.

Réssection d'un ulcère peptique au niveau d'une bouche de G. E. A. faite il y a sept ans (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 1924, p. 370.

- Cancer de la région juxta-pylorique (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 1924, p. 405.
- Kyste suppuré de l'ovaire. Intervention retardée en deux temps. Guérison (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 1924, p. 428.
- De l'oblitération cicatricielle des bouches de gastro-entéro-anastomose (avec MM. Delore et Michon). *Revue de Chirurgie*, 1924, p. 79.
- A propos du traitement des ulcères perforés de l'estomac en péritoine libre (avec MM. Delore et Michon). *Presse Médicale*, 1924, p. 204.
- Des complications articulaires et tendineuses consécutives aux plaies de la face dorsale des doigts (avec M. de Rougemont). *Presse Médicale*, 1924, p. 515.
- Des complications pulmonaires au cours de la chirurgie gastrique (avec MM. Delore et Michon). *Presse Médicale*, 1924, p. 762.
- La gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay-Lumière. Technique, indications, accidents (à propos de 650 cas) (avec MM. Delore et Michon). *Journal de Chirurgie*, 1924, p. 470.
- Fibromes utérins et tumeurs ovariennes chez les femmes âgées (avec M. Tixier). *Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1925.
- Circulus viciosus et péritonite (avec M. Rochet). *Société Nationale de Médecine et de Sciences Médicales*, 11 mars 1925.
- Extirpation par voie abdominale d'un moignon d'hystérectomie subtotale pour accidents ayant fait croire à sa cancérisation secondaire (avec M. Guilleminet). *Société Nationale de Médecine et de Sciences Médicales*, 4 juin 1925.
- Torsion épiploïque intra-abdominale d'origine herniaire (avec M. Patel). *Lyon Chirurgical*, 1925, N. A., p. 71. *Société de Chirurgie*, octobre 1924.

Pseudo-contusion de la hanche (avec M. Rochet). *Lyon Médical*, 1925, p. 571.

Des accidents survenant au niveau du moignon du col après hystérectomie subtotale (avec M. Gignoux). *Lyon Chirurgical*, juin 1925.

Le syndrome « circulus viciosus » (avec M. Rochet). (*Sous presse.*)

Traitement des anus contre nature (avec M. Comte). *Lyon Chirurgical* (sous presse).

De la torsion épiploïque intra-abdominale d'origine herniaire (avec M. Comte). *Lyon Chirurgical* (sous presse.)

Publications antérieures.

- Corps étrangers de l'appendice (avec M. Tixier). *Lyon Médical*, 1921, p. 1097.
- Sigmoïdite; péritonite par propagation; syndrome occlusif temporaire (avec M. Reboul). *Lyon Médical*, 1922, p. 473.
- Myxome ou sarcome de la main (avec M. Laroyenne). *Lyon Médical*, 1922, p. 674.
- Ankylose des deux hanches. Arthroplastie unilatérale (avec M. Laroyenne). *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 750.
- Récidive abdominale d'un cancer du sein quatorze ans après une intervention (avec M. Dunet). *Lyon Médical*, 1923, page 17.
- Recherches sur la circulation veineuse du foie chez l'homme avant et après la naissance (avec M. Michon). *Compte rendu de l'Association des Anatomistes*, 18^e réunion, mars 1923.
- De l'invagination intestinale chronique et aiguë (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 1924, p. 3.
- Ulcère perforé de l'estomac (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 124, p. 299.
- Résection d'un ulcère peptique au niveau d'une bouche de G. E. A. faite il y a sept ans (avec M. X. Delore). *Lyon Médical*, 1924, p. 370.

Introduction.

Nous avons eu l'occasion, au cours de nos années d'internat d'observer et d'étudier d'assez près des tumeurs variées des parties molles des membres.

Nos tentatives pour essayer de classer ces cas dans un cadre précis, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, nous ont montré la difficulté qu'il y avait à ce faire. Il règne à l'heure actuelle une grande confusion au sujet de ces diverses tumeurs et leur classification, si tant est qu'elle existe vraiment, est bien loin d'apporter cette clarté simple que l'on désire et qui entraîne la conviction.

L'étude anatomo-pathologique a contribué, nous semble-t-il, à exagérer ce trouble. L'anatomo-pathologiste, en effet, étiquette avec soin chacune de ces tumeurs. Il se base pour cela sur des aspects histologiques et crée ainsi des types multiples. La clinique, tentée par cette précision a cru pouvoir

en bénéficier. Elle a été très naturellement amenée à superposer aux variétés un peu théoriques du microscope des entités cliniques. C'est là, en grande partie, l'origine de la confusion.

Nous voudrions aboutir à une classification plus simple, basée sur les données récentes de l'histologie physiologique et appuyée sur la clinique.

Il existe des points communs très évidents dans le groupe si divisé des tumeurs d'origine conjonctive. Il y aurait grand intérêt à unir sous un même chef les membres épars de cette même famille. *Leur origine tout d'abord est une*, et cette notion importe avant tout. Le tissu conjonctif adapté à ses fonctions revêt, à l'état normal, les formes les plus variées. Les tumeurs qui en dérivent ont également cette diversité d'aspect. Il n'y a pas là une raison suffisante pour en faire des tumeurs distinctes.

On pourrait donc arriver, par une unité plus grande dans le classement de ces productions tumorales conjonctives, à échaffauder un tableau plus exact de leurs différents types cliniques.

L'enseignement de notre maître, M. le Professeur Tixier, et les observations recueillies dans son service nous conduisent à tenter ce travail.

Nous nous proposons, d'autre part, d'esquisser l'histoire d'un des types cliniques de ces tumeurs conjonctives. Il a son point de départ dans le tissu cellulaire qui accompagne les paquets vasculo-nerveux des membres. Il réalise la tumeur dite de la

gaine des vaisseaux. Nous en aborderons l'étude anatomo-clinique et thérapeutique.

Il nous est particulièrement agréable de pouvoir remercier ici très sincèrement le Professeur agrégé Bonnet. Les raisons sont nombreuses qui nous permettent de lui dire notre reconnaissance et de l'assurer de notre entier dévouement.

Nos remerciements vont aussi au Docteur J.-F. Martin, pour le contrôle précieux qu'il a bien voulu donner à tous nos examens histologiques.



Définition.

Les tumeurs des parties molles des membres, si l'on s'en tient à une semblable définition, seraient par trop nombreuses. Leur multiplicité nous entraînerait à une étude très étendue et nous nous verrions obligé de traiter dans son ensemble un des grands chapitres de la pathologie des membres.

Nous avons l'intention de limiter cette étude aux *tumeurs développées aux dépens des tissus de substance conjonctive*, et plus particulièrement aux tumeurs du tissu conjonctif proprement dit, du tissu conjonctif commun.

Cette délimitation exclut du cadre dans lequel nous voulons nous maintenir, toutes les formations tumorales dérivant, d'une part du tégument externe, c'est-à-dire de la peau et de ses annexes, d'autre part du tissu nerveux. Ce sont bien là des parties molles, qui se distinguent sans conteste des éléments d'origine conjonctive.

Nous éliminons encore, quoiqu'il puisse y avoir là sujet à discussion, les tumeurs musculaires et vasculaires. Ces deux tissus, par leur origine, se rapprochent évidemment par bien des points du tissu con-

jonctif. Ce sont cependant des tissus très spécialisés et il en est de même de leurs tumeurs.

Après ces éliminations successives, on garde dès lors l'impression, justifiée de prime abord, qu'il subsiste peu de chose. La peau, les nerfs, les muscles, les vaisseaux sont laissés de côté. Seul subsiste le tissu conjonctif proprement dit. Il est abondant et varié dans ses formes. C'est un tissu de remplissage, de conjonction et de soutien, interposé aux organes précédents ou coulé entre eux. Les connexions sont plus exactes encore, puisqu'il s'infiltré dans l'intimité même de leurs éléments constitutifs.

Les tumeurs qui naissent de ce tissu sont variées. De par leur fréquence, elles constituent dans le groupe des tumeurs des parties molles des membres, un grand chapitre. La topographie du tissu conjonctif des membres impose à ses tumeurs leurs localisations.

Topographie du tissu conjonctif des membres et des tumeurs qui en dérivent.

Schématiquement, le tissu conjonctif des membres se répartit en une couche superficielle sous-cutanée et une couche profonde dite intermédiaire.

L'aponévrose d'enveloppe superficielle du membre constitue la limite de séparation convenue. On a donc, d'un côté, une couche uniforme plus ou moins développée de tissu conjonctif sous-cutané, et, de l'autre, une couche de tissu analogue, couche éparsée, dispersée irrégulièrement entre les divers éléments musculaires, vasculaires et nerveux du membre.

La disposition de ce tissu intermédiaire, au point de vue de sa répartition quantitative, se soumet à certaines règles. C'est ainsi qu'il est tout particulièrement abondant au niveau des interstices qui suivent les vaisseaux et les nerfs. Autour des gros troncs vasculo-nerveux des membres, il forme une véritable gaine conjonctive, qui se continue du reste, pro-

portionnellement diminuée, le long des branches de division de ces derniers.

On conçoit que les tumeurs tirent de ces répartitions topographiques du tissu conjonctif des localisations particulières.

Dans les grandes lignes, au tissu conjonctif sous-cutané, répondent les *tumeurs superficielles* ; au tissu conjonctif intermédiaire, les *tumeurs profondes*. Parmi ces dernières, sont fréquentes celles qui évoluent au niveau des traînées conjonctives qui accompagnent les vaisseaux et les nerfs. C'est là, en effet, que se dispose en plus grande abondance un tissu conjonctif un peu particulier. On a pu décrire ainsi une tumeur dite de la gaine des vaisseaux. Ce terme garde peut-être, au point de vue clinique, une certaine valeur. Nous l'utiliserons pour désigner une catégorie de tumeurs qui présente cliniquement une individualité, mais nous nous réservons de montrer tout ce qu'il a d'impropre.

Les tumeurs superficielles et les tumeurs profondes des parties molles des membres se développent en somme dans le tissu cellulaire, tel que l'entendait Bichat. C'est-à-dire qu'on les voit, comme nous l'avons déjà dit, naître aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique. Ce dernier comprend, outre le manchon cellulo-conjonctif qui accompagne les troncs vasculo-nerveux et leurs plus fines ramifications, les infiltrations intermusculaires et internerveuses. Les aponévroses et leurs dépendances les plus délicates, qui ne sont qu'une moda-

lité fonctionnelle du tissu conjonctif, donnent également naissance à des tumeurs semblables.

Cette diffusion très grande du tissu conjonctif dans un membre explique les sièges si variés des tumeurs qui en dérivent. On trouve déjà là l'origine de certaines confusions et il faut bien s'entendre sur les diverses localisations possibles des tumeurs conjonctives.

Dans les grandes lignes, on peut envisager :

a) Tumeurs conjonctives des muscles.

Une tumeur peut paraître se développer aux dépens du muscle. Elle évolue en plein corps musculaire et en dissocie les fibres. Le muscle présente alors un aspect spécial et ses fibres comprimées ou étalées apparaissent décolorées, grisâtres et délavées. On a l'impression qu'elles sont à l'origine de la tumeur. Il n'en est rien. La tumeur est conjonctive, indépendante du tissu musculaire qui la contient et qu'elle imprègne. Le tissu musculaire réagit, du fait de son voisinage seulement, aux compressions et aux désordres que lui imprime la masse tumorale. Histologiquement, les fibres musculaires se montrent dissociées, repoussées, comprimées, mais elles ne prennent aucune part active à la néoplasie. En un mot, la tumeur prend son origine dans le tissu conjonctif du muscle, tandis que la fibre musculaire ne subit que des altérations et ne forme pas de cellules tumorales.

On voit cependant, dans la littérature, ces tumeurs étiquettées tumeurs musculaires ; la thèse de Richoux réunit 70 cas de sarcomes musculaires ; celle de Combalat apporte des observations de tumeurs musculaires à forme aiguë. Dans la plupart, pour ne pas dire dans presque tous les cas, il s'agit d'une localisation d'une tumeur conjonctive dans un muscle. Il importe de bien faire la distinction et de savoir interpréter, sans se laisser influencer par les apparences macroscopiques. La tumeur du tissu musculaire strié existe avec son individualité propre. L'anatomo-pathologiste distingue parfaitement, à l'heure actuelle, le rhabdomyome. Sa texture et son évolution particulière en font un type clinique distinct. Nous en rapportons une observation chez un homme de 58 ans. L'évolution en a été jusqu'à ce jour bénigne. L'intervention date déjà de quatre ans. Il apparaît que les tumeurs d'origine vraiment musculaire au sens propre du mot, tumeurs exceptionnelles du reste, se montrent d'une certaine bénignité, alors que les tumeurs conjonctives, soit primitivement, soit secondairement intramusculaires, présentent un pronostic variable.

Les observations de tumeurs conjonctives intramusculaires distinguent chématiquement :

1° DES TUMEURS CONJONCTIVES GRAISSEUSES PURES, LES LIPOMES, dont la bénignité reste en général absolue.

Sabrazes, Guyot et Jeanneney, à l'occasion d'une étude sur le lipome intramusculaire, relèvent 25 cas

seulement dans toute la littérature, et encore ne s'en tiennent-ils pas uniquement aux muscles des membres.

2° DES TUMEURS CONJONCTIVES MALIGNES, LES SARCOMES. Ce sont évidemment parmi les tumeurs siégeant dans les muscles de beaucoup les plus fréquentes. Leur évolution rapide leur donne un cachet de malignité très grande. Les observations reproduites dans les thèses de Richoux et de Combalat, celles de Ruotte et de Gouilloud, dans le *Lyon Médical*, donnent une idée de cette gravité.

3° DES TUMEURS CONJONCTIVES PARTICULIÈRES, molles et d'aspect gélatineux, LES MYXOMES.

Ce sont le plus souvent des tumeurs qui envahissent les muscles secondairement. Il en est cependant de primitives. Potherat, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1913, rapportait un cas de myxome du soléaire. Il cite à ce propos trois observations personnelles analogues.

On ne peut, à l'heure actuelle, se faire une idée exacte sur l'évolution de telles tumeurs. Les résultats éloignés, le plus souvent, ne sont pas consignés dans les cas publiés. Les opinions les plus diverses subsistent à ce sujet.

Suivant les auteurs, ces tumeurs myxomateuses présentent des pronostics très différents. Pour les uns, elles sont bénignes ; pour les autres, malignes. On a même parlé de malignité atténuée ou de malignité locale, mais les conclusions restent impossibles à tirer.

L'existence de ces tumeurs conjonctives, en tant que néoplasmes individualisés, est encore à démontrer. Nous en discuterons plus longuement dans un chapitre ultérieur.

b) Tumeurs conjonctives des nerfs.

Ce que nous venons de voir pour le muscle peut être reporté aux troncs nerveux. Là aussi doivent être distinguées avec soin les tumeurs de l'élément nerveux et les tumeurs dont l'origine est dans l'édification conjonctive des nerfs.

Le tissu conjonctif intrafasciculaire et la gaine de tissu fibreux de chaque faisceau de fibres nerveuses donnent des tumeurs. Elles sont même parmi les plus habituelles au niveau des troncs nerveux. Leur étude, de date relativement récente, permet mal, là encore, de se faire une idée précise sur leur évolution. Les communications de Berger, de Loison, de Potherat, à la Société de Chirurgie de Paris, l'observation de Patel et Magdinier, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, autorisent cependant à accorder à ces tumeurs des degrés de malignité très différents suivant les cas.

Ce sont parfois des tumeurs conjonctives à évolution et à récides très rapides ; d'autrefois, semble-t-il, des tumeurs bénignes. Le pronostic reste avant tout facteur du temps. C'est du reste le meilleur critérium. On voudrait toujours l'avoir aux côtés des documents anatomo-pathologiques macro et microscopiques, pour étayer une opinion précise

sur l'évolution de ces tumeurs en particulier et de toutes les tumeurs en général.

Il est intéressant de noter ce qui se dégage des cas publiés à ce sujet.

Ces tumeurs conjonctives des nerfs siègent le plus souvent sur le nerf sciatique, à un niveau quelconque, en général au niveau de son émergence du bassin. Potherat signale une localisation sur le nerf sciatique poplité interne, au niveau du creux poplité. Ces tumeurs, de volume restreint, comparées à une noisette, à un œuf de poule, de consistance assez dense, le plus souvent, encapsulées, sont contenues dans le tronc nerveux.

Elles y évoluent « encagées » dans l'épaisseur du nerf, dont les filets écartés s'épanouissent, « comme les côtes d'une bourriche d'huîtres », suivant l'expression de Velpeau. Le nerf apparaît étalé sur les côtés de la tumeur.

Au point de vue technique opératoire, si l'on s'en tient à une thérapeutique d'exérèse locale, cette disposition particulière importe. Il existe toujours un plan de clivage entre la tumeur et le nerf. La difficulté est dans sa recherche. Des incisions délicates, parallèles au tronc nerveux, permettent de trouver ce plan et de décoller alors la tumeur. Il semble que cette énucléation aisée existe dans tous les cas. Elle ne reste pas, comme on pourrait le croire a priori, le propre des tumeurs bénignes.

On a souvent l'impression, devant ces tumeurs conjonctives intranerveuses, qu'il est absolument impossible d'en faire l'ablation sans une double sec-

tion du tronc nerveux. Cette notion du clivage toujours possible est capitale en ce sens qu'elle permet de conserver la continuité du tronc nerveux intéressé.

Quoiqu'il en soit de ces tumeurs intranerveuses, ce que nous voulons retenir, à un point de vue plus général, ce sont les localisations multiples des tumeurs conjonctives des membres. Il faut savoir les distinguer, et c'est parfois difficile, des tumeurs d'éléments différents, avec lesquelles elles peuvent présenter des rapports topographiques étroits.

c) Tumeurs conjonctives interstitielles.

Aux côtés des tumeurs précédemment envisagées, qui évoluent au niveau des membres dans un muscle et dans un nerf, prennent place toutes les autres tumeurs dérivées du tissu conjonctif interposé à ces éléments.

Celles-ci, nous l'avons déjà vu, sont multiples : elles dérivent, d'une part, du tissu cellulaire sous-cutané, et, d'autre part, du tissu cellulaire sous-aponévrotique dispersé entre les corps musculaires ; elles dérivent enfin, parfois, des aponévroses.

Nous n'y insistons pas, car nous les retrouverons à propos des tumeurs dites de la gaine des vaisseaux. Remarquons cependant qu'elles ont ce caractère bien spécial de toujours épargner les vaisseaux et les nerfs. Les rapports peuvent être intimes, les troncs vasculaires et nerveux traverser en pleine masse tumorale, il n'en reste pas moins vrai qu'il est

toujours possible de disséquer ou de séparer ceux-ci de la tumeur.

Il y aurait à parler encore des tumeurs des tendons, des gaines synoviales et des bourses séreuses. Ce sont là, à la vérité, des tumeurs conjonctives fort rares, qui ne nous arrêterons pas.



Les différents aspects du tissu conjonctif.

Ce tissu conjonctif, dont nous avons essayé de préciser très schématiquement la topographie, en montrant surtout sa diffusion, revêt des apparences variées. Suivant, pourrait-on dire, les besoins de la cause, il adapte sa structure, donc ses aspects, à ses fonctions. Tissu de remplissage et tissu de soutien, il apparaît ici sous une forme lâche, là sous une forme plus dense. C'est un tissu cellulo-graisseux ou un tissu aponévrotique par exemple. En définitive, son origine *est une* et ses aspects multiples. Il paraît en être de même pour les tumeurs qui naissent à ses dépens.

Ces notions sur les variétés d'aspect du tissu conjonctif, trouve, à l'heure actuelle, une explication dans ce que l'on est convenu d'appeler la *métaplasie* des tissus. Cette métamorphose, qui permet à un même tissu de se modifier et de se transformer, est actuellement admise par la plupart. Les exemples de métaplasie abondent dans le groupe des tissus conjonctifs. Les actions mécaniques, les influences humorales et les phénomènes tissulaires locaux qui

président à ces modifications cachent encore bien des obscurités.

Il n'est pas dans notre intention d'exposer ici les diverses théories et leurs interprétations. Si certaines limitent leurs prétentions et se contentent de ne rester que d'intéressantes suggestions, d'autres sont aujourd'hui des réalités acquises. Il en est ainsi pour les actions mécaniques. Celles-ci correspondent, à l'heure actuelle, à un fait admis, et l'adaptation fonctionnelle du tissu conjonctif peut être considérée comme une loi de physiologie générale.

Aux côtés des phénomènes de métaplasie physiologique peut prendre place une véritable *métaplasie tumorale*. Nous en apportons des exemples dans les examens anatomo-pathologiques annexés à nos observations cliniques.

Le tissu conjonctif se compose de deux éléments, la *cellule conjonctive* et la *substance interstitielle*, cette dernière, substance fondamentale conjonctive, caractérisée par le fait qu'elle renferme le *collagène*.

Dans l'infinie variété des tissus conjonctifs, les évolutions possibles de la cellule conjonctive elle-même, sont limitées à des modifications peu importantes.

Si, schématiquement, on part d'une cellule conjonctive d'un type supposé, petite cellule arrondie par exemple, on assiste à ses variations de formes suivant les tissus considérés, et on constate qu'il n'y a pas, dans les transitions, de modifications considérables. La cellule ronde peut s'allonger, prendre une forme étoilée, ou acquérir des prolongements

plus ou moins nombreux, qu'importe. Il n'y a pas, dans ces divers aspects, de caractères de spécificité nets.

Ce qui donne au tissu conjonctif son individualité, c'est la nature chimique de la substance interstitielle. Celle-ci peut, suivant certaines conditions, suivant très probablement certains besoins, contenir par exemple de l'élastine, de la graisse, des matières cartilagineuses ou des sels calcaires. Sans préjuger de l'origine de ces divers matériaux, on voit cependant que ce sont eux qui font des différences et créent des types de tissu conjonctif.

L'assemblage de telles cellules et de telle substance interstitielle donne des tissus variés, tous tissus conjonctifs. Il apparaît que la véritable distinction réside avant tout dans une différence de densité et de consistance.

On a coutume de dire en parlant de certains de ces tissus conjonctifs qu'ils sont différenciés et, par exemple, lorsqu'un tissu conjonctif s'ossifie, qu'il y a formation d'un tissu plus élevé en organisation aux dépens d'un tissu moins hautement différencié. Rien n'est moins démontré. Il n'y a pas là, à proprement parler, de différenciation vraie, mais plutôt une spécialisation. Ces tissus ne sont différenciés qu'en ce sens qu'ils ont un aspect différent. L'origine reste unique. La soi-disant différenciation se fait sur une même horizontale et non pas suivant une échelle de gradation. Elle n'implique en rien une idée de hiérarchie et de supériorité d'un tissu vis-à-vis d'un autre, et tel tissu osseux ne reste différencié par rap-

port à tel autre tissu conjonctif, que par sa consistance et sa fonction, et c'est tout. Ce ne sont pas des étapes obligatoires régressives ou progressives du tissu conjonctif, mais des états, des adaptations fonctionnelles.

Il subsiste, malgré tout un certain degré de spécialisation, qui arrive à donner à un type de tissu conjonctif une individualité, ce qui le conduit à conserver souvent dans ses modifications une autonomie partielle.

Il n'en reste pas moins que les barrières sont fragiles qui séparent les unes des autres les différentes variétés de tissus mésenchymateux.

En somme, si les choses se passent ainsi, il est logique d'appliquer ces données générales aux tumeurs conjonctives. L'anarchie d'évolution, qui est le fait des tumeurs en général, trouve dans le tissu conjonctif un terrain favorable. Elle se donne libre cours et édifie dans une même tumeur, issue d'une même souche, tous les états variés possibles de la lignée conjonctive.

Elle donne ainsi aux tumeurs conjonctives leur polymorphisme d'aspect et c'est évidemment un de leur caractère important.

Tumeurs des parties molles et tumeurs du squelette.

Nous devons nous limiter à l'étude des tumeurs des parties molles des membres. Les données précédentes nous obligent cependant à envisager les rapports de celles-ci avec les tumeurs du squelette. Les origines conjonctives, dans les deux cas, sont semblables. Il subsiste évidemment des différences cliniques, en apparence considérables. Probablement, sont-elles dues simplement à des conditions mécaniques, vasculaires et humorales particulières. Les points communs, en définitive, restent trop évidents pour n'en pas tenir compte.

En tant que tissu prenant part à la constitution du squelette, il faut comprendre le cartilage, le périoste, la substance osseuse et la moelle osseuse. Tous ont une origine et une destinée conjonctives. Le cartilage n'est qu'une variété du tissu conjonctif ; le périoste un étui fibreux conjonctif spécialisé ; l'ostéoblaste une cellule conjonctive banale ; la moelle osseuse un tissu conjonctif adapté à des fonctions spéciales.. Les tumeurs qui partent de ces élé-

ments ont avec celles des parties molles conjonctives les rapports les plus étroits. Leur étude histo-physiologique se confond. Il serait souhaitable qu'il en soit de même au point de vue clinique. Peut-être s'éclaireraient ainsi certains problèmes touchant à la pathologie du squelette. Les ostéites fibreuses ou fibrokystiques, par exemple, pourraient être étudiées et considérées comme de banales tumeurs conjonctives évoluant dans des conditions extérieures un peu spéciales. Nous dirions volontiers, par exemple, que les ostéomes sont au tissu osseux ce que le lipome est au tissu adipeux.

Pour l'os, en particulier, l'idée a été défendue par MM. Policard et Leriche. Pour ces auteurs, l'ostéosarcome ne serait qu'un sarcome conjonctif banal. Le processus de formation des travées osseuses ne serait qu'un épiphénomène qui n'a rien de caractéristique.

On dit la présence de tissu osseux *préexistant* nécessaire pour que la tumeur présente des caractères ostéogéniques. Cette existence préalable de tissu osseux n'apparaît en rien comme un fait démontré et indispensable.

Il y a aussi, dit-on, un balancement entre la substance osseuse détruite et l'os formé par la tumeur. On explique cet échange par des influences humorales. Il faut convenir en tout cas qu'il y a dans ce processus un simple transport de matériaux calcaires et non pas un transport d'éléments spécifiques.

Une seule chose est indispensable pour que soit

possible une édification osseuse dans les tumeurs, c'est leur point de départ conjonctif.

MM. Policard et Leriche trouvent une preuve de ce fait dans les tumeurs métastatiques des os, tumeurs secondaires, d'origine épithéliale, ne s'ossifiant jamais parce que la trame conjonctive fait défaut.

Nous apportons deux observations de tumeurs des parties molles, où ces relations, ou plutôt ces possibilités sont réalisées avec évidence.

Dans l'observation III, par exemple, tumeur maligne de la paume de la main, née du tissu conjonctif, nous assistons à des métastases multiples, osseuses pour la plupart. Un fragment prélevé au niveau d'une de ces métastases osseuses reproduit à la fois la tumeur primitive conjonctive et les apparences d'un sarcome squelettogène.

Une tumeur du type conjonctif, primitivement sans rapport avec le squelette, peut en somme donner des métastases squelettiques et, à ce niveau, se reproduire d'une part elle-même, d'autre part sous forme d'une tumeur conjonctive ostéogénique. Si la tumeur originelle avait eu un point de départ épithélial, il n'en aurait certainement pas été ainsi.

Le sarcome ostéoblastique, comme le dit Masson, ne répond pas, tant par ses origines que par son évolution, à une espèce tumorale indépendante. Il entre bien dans le groupe général des tumeurs conjonctives et on peut en voir une preuve dans notre observation.

L'observation II réalise un exemple encore bien

plus frappant. Elle montre les possibilités de métaplasie du tissu conjonctif.

Elle a trait à une tumeur née aux dépens de la gaine conjonctive des vaisseaux huméraux. Celle-ci reste éloignée du squelette. Elle n'a avec lui aucune connexion directe. Elle est conjonctive molle, si l'on peut dire, dans ses origines, et elle le reste dans la plupart de ses parties constituanes, sous forme de masses lobulées, arrondies, bien limitées par une capsule fibro-conjonctive. Au centre d'une de ces masses évolue un volumineux noyau osseux, visible à la radiographie, vérifié à l'examen histologique. C'est bien là une preuve de la possibilité de la métaplasie tumorale conjonctive, allant jusqu'à la formation d'os, et nous ne pouvons pas croire que l'on puisse admettre l'hypothèse, trop souvent invoquée et trop peu démontrée, d'une inclusion embryologique.

On pourrait objecter à l'observation que nous invoquons le voisinage de la tumeur avec le squelette. Si l'on discute sur une question de distance, on ne peut guère nier que, dans le cas présent, la tumeur et l'os restent bien proches et que la distance de séparation est évidemment minime. Mais on peut alors se demander quel serait l'écart exigé pour qu'il soit permis de ne plus invoquer l'opinion d'Ollier, qui échaffaudait sa théorie de l'action de présence en demandant le contact avec l'os.

Cette action de présence, en tant que contact intime, n'est certainement pas indispensable. D'autre part, si l'on élargit la portée de l'hypothèse, il

est bien certain que l'action de présence existe en ce sens que la répartition du squelette place toujours celui-ci en un point proche d'une tumeur considérée, où qu'elle soit.

Dans notre observation II, il s'agit d'un noyau conjonctif encapsulé, dont les parties périphériques sont une couche épaisse formée de cellules conjonctives fusiformes et dont le centre est osifié.

Il nous paraît qu'on peut, sans arrière-pensée, éliminer cette action de contact et revendiquer une métaplasie vraie. L'indépendance anatomique, au moins dans notre cas, est certaine. L'intervention, puis la dissection de la pièce l'ont montré. De là, on peut avancer qu'une tumeur est ossifiable par le simple fait qu'elle est de nature conjonctive. Nous apportons notre exemple, sans préjuger de la nature intime du phénomène, uniquement pour montrer qu'il ne paraît pas nécessaire que soient présents des éléments ostéoblastiques, soi-disant spécifiques, pour que soit réalisé un processus ostéogénique.

Ce que fait le tissu conjonctif à l'état physiologique, les tumeurs peuvent le faire également, à la seule condition qu'elles soient elles-mêmes de nature conjonctive.

Une preuve de cette manière de voir réside encore à notre sens, dans une catégorie particulière de tumeurs conjonctives, qui fait pour ainsi dire la transition entre les tumeurs des parties molles et celles du squelette. Nous voulons parler des tumeurs présentant un pédicule périostique ou ostéopériostique. Schwartz et Chevrier les ont tout particulièrement

étudiées. Elles siègent à un niveau quelconque du squelette, puisqu'on les a signalées au crâne, au rachis et aux membres. Quoique ces auteurs intitulent leur article de la *Revue de Chirurgie* : Les lipomes ostéopériostiques, il faut reconnaître que la lecture de leurs observations montre qu'il s'agit non pas toujours de lipomes purs, mais de fibro-lipomes, de lipomes myxomateux, etc., et qu'on est bien là devant différents aspects que revêtent en général les tumeurs conjonctives.

Nous apportons trois observations (IV, V et VII) de ces tumeurs avec pédicule au squelette. Nous pourrions encore, à cette occasion, rappeler un cas observé par M. Tixier. Il s'agissait d'une tumeur du cordon, du volume d'un gros poing d'adulte. Elle présentait une adhérence pédiculaire avec l'épine pubienne. Cette tumeur fut enlevée, en respectant les éléments du cordon, dont la séparait une coque conjonctive. Le pédicule périostique fut simplement sectionné et son implantation curettée. L'examen histologique répondit : tumeur myxo-fibro-lipomateuse. L'intervention date de décembre 1910. Le malade est resté sans récurrence jusqu'à l'heure actuelle.

Dans ce que nous voulons avancer importe seul le fait du *contact intime de la tumeur* avec le squelette. Aucune des observations ne signale dans ces tumeurs la présence de tissu osseux, malgré l'intimité des rapports.

Ces faits viennent compléter les précédents. Rapprochant les différents exemples, on peut conclure que le processus ostéogénique existe, d'une part dans

dès tumeurs conjonctives éloignées du squelette, et que, d'autre part, il manque, dans certaines tumeurs où le contact osseux est étroit. Il paraît donc bien pouvoir être considéré comme un épiphénomène qui n'a rien de caractéristique.

Il existe en somme un lien histo-physiologique incontestable entre les tumeurs conjonctives des parties molles et les tumeurs du squelette. Il y aurait certainement grand intérêt à ce que soient étudiées sous un même angle toutes ces tumeurs. Un groupement d'étude sur un même plan, avec une ligne directrice unique, éviterait peut-être le démembrement si grand aujourd'hui de toutes les tumeurs conjonctives.

Plan d'étude histologique et clinique des tumeurs conjonctives.

Si l'on s'en tient au cadre simplifié des tumeurs des parties molles des membres tirant leur origine des différentes modalités du tissu conjonctif, tel que nous l'avons défini, on voit cependant que reste complexe une tentative de classification précise. La littérature est remplie de descriptions éparses de telles tumeurs et l'on est frappé de la diversité des étiquettes à elles appliquées.

Du fait de la difficulté qu'il y a à préciser l'origine exacte de ces tumeurs, on trouve déjà une source de confusion. Les hésitations augmentent encore devant le nombre et le manque de simplicité des termes anatomo-pathologiques.

L'anatomie pathologique en effet a démembré à l'extrême les tumeurs conjonctives, en décrivant les aspects variés de chacune. La clinique, forte de ces distinctions, a tenté d'échaffauder sur chacune des types. On ne saurait trop s'élever contre une telle conception. Il faudrait, au contraire, montrer qu'il n'y a pas, dérivant du seul tissu conjonctif, des tu-

meurs variées, mais bien une seule et même tumeur. Celle-ci revêt évidemment des aspects multiples, suivant des conditions où la topographie, la vascularisation et la mécanique jouent certainement un rôle important, quoique obscur encore.

Ce que l'on voudrait, devant cette tumeur unique à apparences diverses, et cela seulement importe vraiment à un point de vue pratique, c'est un élément de pronostic permettant de préciser autant que possible le degré de malignité ou de bénignité. De là découleraient logiquement des conséquences thérapeutiques utiles.

C'est dans l'étude clinique détaillée, et plus particulièrement dans l'observation exacte et prolongée de l'évolution de ces tumeurs, que l'on trouverait les éléments favorisant les réponses à ces questions. Rapprochant alors ces notions de celles fournies par un examen anatomo-pathologique macroscopique et microscopique complet on arriverait à serrer le problème de plus près.

Ce manque de cohésion dans les procédés d'étude est malheureusement, à l'heure actuelle, une règle presque absolue. Il relève beaucoup plus des défauts d'organisation pratique que d'impossibilités de réalisation. Si l'on se reporte aux observations des tumeurs conjonctives des parties molles des membres, et ce n'est là qu'un exemple entre beaucoup d'autres, on est trop souvent arrêté par le manque de détails et surtout par le manque de suite dans l'étude des cas publiés. Les faits se limitent en général à un acte seulement de leur histoire, à une vision

rapide et passagère d'une seule étape. Malades opérés, guéris souvent, perdus de vue définitivement, malades opérés pour une récurrence alors que manquent les détails de la ou des premières interventions, examen histologique absent ou trop bref, tels sont les bribes avec lesquelles il est fort difficile d'échaffauder un tout. Les tumeurs conjonctives sont parfois formés d'un tissu homogène et la faute d'un examen sur un seul fragment est peut-être alors moins préjudiciable. Cependant, leur texture se montre le plus souvent variable, suivant les points considérés et on ne saurait trop y insister. Les auteurs signalent dans la même tumeur des portions molles, gélatineuses, d'autres plus denses, d'autres encore plus résistantes. On voit donc tout l'intérêt qu'il y aurait sur de telles tumeurs à ne pas se contenter de prélever un ou deux petits fragments dans les zones a priori suspectes ou intéressantes, mais à s'efforcer au contraire de faire des biopsies larges et *multiples*. Le mieux serait, après avoir dicté un protocole détaillé de l'intervention, insistant tout spécialement sur les rapports de la tumeur, sur la topographie et l'importance de ses pédicules vasculaires, sur les aspects macroscopiques de ses coupes, d'envoyer celle-ci tout entière au laboratoire d'anatomie pathologique. Celui-ci, mieux désigné pour faire sur elle les prélèvements utiles, pourra de plus choisir ses fixateurs, et cela importe souvent. En effet, le liquide de Bouin, fixateur « omnibus », le meilleur du reste dans la majorité des cas, est cependant parfois insuffisant. Il rend en particulier im-

possible l'étude des graisses et l'on sait toute l'importance du tissu adipeux dans les tumeurs conjonctives dont nous parlons.

L'anatomo-pathologiste, muni en plus d'une observation détaillée, pourra alors, grâce à des rapprochements successifs, établir le rapport étroit qui existe très certainement entre l'aspect histologique et l'évolution clinique d'une tumeur donnée. Cette *biopsie élargie*, complétée par des données cliniques précises, présentera alors une valeur réelle. C'est à elle que l'on devrait systématiquement avoir recours. A priori, elle n'est pas dans le domaine des réalisations impossibles. Et cependant, combien de fois en a-t-il été vraiment ainsi ?

On cherche les observations idéales, qui donneraient des cas pris au début, opérés alors, examinés complètement au point de vue anatomo-pathologique, puis suivis dans leurs évolutions et dans leurs récidives. Ces dernières se réclament des mêmes besoins de précision et d'étude méthodique.

En relisant ce qui a été fait dans ce sens, on est à la vérité découragé de voir le peu de perfection et le peu d'unité de ces études à un point de vue général.

Les cloisons entre les différentes recherches restent par trop étanches. Presque toujours les choses se passent ainsi : Un chirurgien enlève une tumeur et envoie quelques fragments à un laboratoire. Ceux-ci sont presque toujours examinés sans connaissance aucune du cas envisagé. La réponse anatomo-pathologique ne constitue alors que la fiche obligatoire qui calme certaines exigences, mais combien peu

grande est sa valeur, si on regarde au fond des choses.

Tous ces reproches, nous les adressons en tout premier lieu à nous-même, n'ayant pu, jusqu'à présent, réaliser cette perfection dans l'observation.

Des étiquettes anatomo-pathologiques appliquées aux tumeurs conjonctives.

La classification anatomo-pathologique des tumeurs que nous étudions se résume, à l'heure actuelle à quatre catégories principales : les lipomes, les fibromes, les myxomes et les sarcomes.

Si l'on s'en tient à ces définitions, celles-ci resteraient encore acceptables, à condition qu'on les considère comme correspondant toujours à quelque chose de précis. La diversité des tumeurs conjonctives n'a malheureusement pas permis, et il s'en faut, de s'en tenir à ces termes, dont certains en eux-mêmes sont déjà vagues.

L'association et la proportion variable dans une même tumeur de tissus d'aspects divers ont abouti à des appellations complexes.

Pour en citer quelques-unes seulement, nous rappelons : les myxo-lipomes, les lipo-myxo-sarcomes, les myxomes diffus, les myxomes lipomateux malins, les lipo-sarcomes, les lipo-myxo-fibro-sarcomes, etc.

On peut, à la vérité, aligner ainsi successivement bien des aspects du tissu conjonctif dans un même terme plus ou moins prolongé. L'assemblage est plus ou moins heureux. Les étiquettes ainsi créées correspondent-elles à des types cliniques bien définis ? Nous ne le pensons pas. Elles ne comportent pas non plus une idée de proportion entre chacun des différents aspects. Elles restent souvent le fait d'un prélèvement fait au hasard, en un point quelconque de la tumeur.

De plus, on hésite parfois, et de cela on s'aperçoit à la lecture des comptes rendus, entre un myxome et un sarcome, ou encore on essaye de trancher entre un myxome lipomateux et un lipome myxomateux. Ce sont là discussions de problèmes bien subtils, pour n'en pas dire davantage.

La complexité s'aggrave encore si on considère les liens étroits qui unissent les tumeurs dites des parties molles et celles du squelette. On arrive alors au fibro-lipo-chondro-myxo-sarcome et on peut y ajouter encore, si la tumeur présente une orientation ostéogénique, un nouveau radical.

Ces appellations ont parfois paru barbares et, dans un esprit simplificateur, on a alors parlé de tumeurs mixtes ou de tumeurs à tissus multiples. Ce sont là des expressions à rejeter plus formellement encore. Les tumeurs mixtes et les tumeurs à tissus multiples, de par leur définition, représentent des néoplasmes formés par plusieurs tissus différents et indépendants les uns des autres. Les tumeurs du tissu conjonctif des membres au contraire,

quelle que soit leur diversité apparente, dérivent toutes d'un même tissu et font partie d'une même famille. Elles se distinguent donc nettement des précédentes.

A d'autres titres encore se montre impropre le terme de tumeur mixte. Il implique en effet, pour beaucoup, une idée de bénignité relative, et de plus il rappelle des notions pathogéniques très spéciales. On admet actuellement que ces tumeurs se développent aux dépens d'inclusions de débris embryonnaires. Lecène et Legros l'ont démontré expérimentalement en créant des tumeurs mixtes à tissus multiples aux dépens d'inclusions d'un petit fragment d'embryon très jeune. Il serait bien imprudent d'appliquer pareille manière de voir aux diverses tumeurs d'origine conjonctive. Il semble même qu'on ait en général abusé à leur égard, sans preuve à l'appui, de la théorie des inclusions embryonnaires.

Si l'on s'en tient aux termes simples de fibromes, de lipomes, de myxomes et de sarcomes, que nous envisagions plus haut, et que l'on essaye d'analyser la valeur de chacun d'eux, on arrive aux données suivantes :

Les lipomes et les fibromes correspondent effectivement à des entités bien définies. En est-il de même des sarcomes et du myxome ?

Lipome et fibrome, types très déterminés, constituent à leur état de pureté, et on les rencontre souvent ainsi, des tumeurs essentiellement bénignes.

Dans le groupe des sarcomes, on a fait entrer des

tumeurs si variées qu'on a parlé d'un véritable chaos pathologique. A l'heure actuelle le terme de sarcome implique surtout une idée de malignité ; celle-ci serait du reste très différente, suivant les cas.

Reste enfin le myxome, et c'est à propos de lui que nous voudrions surtout discuter. Il ne paraît pas encore aujourd'hui correspondre à un type bien défini.

Du myxome, et du rôle de la vascularisation dans les tumeurs conjonctives.

Le myxome est considéré comme une tumeur caractérisée histologiquement par des cellules conjonctives étoilées, anastomosées par leurs prolongements et baignant dans une substance interstitielle lâche qui contient de la mucine, et que distingue, au point de vue histo-chimique, une teinte violacée métachromatique, après coloration au bleu de Unna.

Ainsi défini, le myxome pur est excessivement rare chez l'homme, si même, comme le dit Lecène, il existe. Et alors, pourquoi conserver ce terme dans la nomenclature ?

Par contre, le myxome associé au fibrome, au lipome ou au sarcome serait fréquent. En relisant les descriptions que donne Rafin dans sa thèse (1) sur les myxomes diffus des membres, il faut bien reconnaître que cet auteur décrit sous cette dénomination des tumeurs qui présentent par place le type myxo-

(1) Les examens anatomo-pathologiques de ce travail ont été faits au laboratoire de la Faculté et les préparations histologiques contrôlées par Monsieur le Professeur BARD.

mateux et par ailleurs un type différent. Aux côtés de points gélatineux et myxoïdes, se trouvent des zones de tissu lipomateux ou de tissu sarcomateux. On aboutit donc à nouveau au complexe myxome lipomateux, lipo-myxo-sarcome, et Rafin ne conteste pas qu'il y ait des transitions et des difficultés d'interprétation entre ces diverses variétés de tissus.

Est-on alors vraiment encore en droit de parler de myxome ? Nous reviendrons sur ce point. Si l'on envisage les conceptions pathogéniques appliquées à cette tumeur, on voit qu'on a longtemps vécu sur les idées de Virchow.

Le myxome, tumeur formée de tissu muqueux, devrait, pour cet auteur, tirer ses origines du tissu muqueux lui-même. Or, celui-ci n'existe pas chez l'adulte à l'état normal, et on le trouve seulement chez le fœtus, comme tissu transitoire, germe du tissu grasseux ultérieur, tissu grasseux imparfait, dit Virchow. Il entoure d'autre part le cordon ombilical, sous forme de gelée de Warthon. De là à considérer le myxome de l'adulte comme une tumeur développée aux dépens d'une inclusion embryonnaire muqueuse, il n'y avait qu'un pas. Une semblable explication, théoriquement satisfaisante, paraît malgré tout bien improbable.

On peut dire pour le moins qu'une telle inclusion, germe supposé de la future tumeur, n'a jamais été trouvée. Il en est là comme pour le cartilage, dont la présence dans une tumeur ne peut être expliquée par une inclusion cartilagineuse indémontrable et indémontrée, disent MM. Policard et Leriche.

On est cependant frappé de la ressemblance entre le tissu muqueux du cordon ombilical et le tissu myxoïde rencontré au niveau des tumeurs. Il ne paraît absolument pas y avoir de différence absolue entre ces deux tissus et leur ressemblance autorise très vraisemblablement à songer à une analogie véritable.

En effet, le tissu muqueux du cordon ombilical entoure le paquet artério-veineux, sans en recevoir de vascularisation directe. Il est nourri à ce niveau par imbibition et par osmose, et l'arrêt de la circulation ombilicale détermine sa dessiccation. Or, ce tissu muqueux jouit bien là des fonctions de soutien et de remplissage habituelles au tissu conjonctif en général. On conclut de là qu'il serait tout simplement un tissu conjonctif ordinaire, adapté à des conditions mécaniques et *vasculaires* particulières. Celles-ci lui donnent cette apparence lâche et œdémateuse qui le caractérise.

Pourquoi n'en serait-il pas de même du tissu muqueux des tumeurs myxomateuses ? Le tissu conjonctif tumoral soumis à des conditions de vascularisation spéciales, prendrait de ce fait des apparences analogues.

Le myxome n'existe donc pas en tant que tumeur présentant une individualité propre. Il réalise seulement un aspect transitoire d'un tissu conjonctif quelconque.

Point ne serait nécessaire d'invoquer l'idée d'une inclusion, ou de songer à des retours vers un état embryonnaire.

La vascularisation des tumeurs conjonctives, et en particulier des sarcomes, reste encore très obscure. Nous pensons qu'elle est capitale et les coupes que nous apportons (Pl. II et III), semblent bien être une démonstration du rôle que jouent les vaisseaux dans la structure du tissu conjonctif.

Nos préparations montrent, au milieu de zones vides et mal caractérisées, des vaisseaux capillaires adultes remplis de globules rouges. Ces vaisseaux sont le centre de groupements cellulaires très nets. Ces cellules, dont l'aspect se rapproche beaucoup des cellules conjonctives, viennent se ranger autour du capillaire, suivant une disposition étoilée et rayonnante, pseudo-périthéliale dit-on. Elles se comportent comme si elles trouvaient là un centre nutritif dont le rayon d'action serait du reste limité. Par places, où les capillaires sont plus nombreux, il en va de même des éléments cellulaires, qui s'organisent alors en un véritable tissu. Cet aspect si curieux est tellement net que lorsqu'on parcourt le champ de la préparation et que l'on aperçoit des points où apparaît la richesse cellulaire, on peut, prédire l'approche d'un vaisseau.

On peut pour expliquer cette description invoquer un processus de dégénérescence de la tumeur autour de ces axes vasculaires, ce qui est fort possible. On peut penser au contraire que les nids cellulovasculaires représentent des points où la tumeur est en voie de formation. Il n'en reste pas moins vrai qu'il faut admettre le rôle du vaisseau en tant que centre nourricier, et il saute aux yeux qu'il

existe un rapport évident entre lui et les cellules qui l'entourent.

Nous voulons par là seulement attirer à nouveau l'attention sur l'importance du rôle de la vascularisation dans la constitution des tumeurs conjonctives et des myxomes en particulier. Cette vascularisation paraît d'une manière générale assez mal connue. On parle de capillaires adultes, de capillaires embryonnaires, de fentes vasculaires, et les rapports de ces divers orifices avec la nutrition de la tumeur restent en partie des suppositions assez grossières.

On est étonné même que ne soient pas précisées mieux les conditions générales de nutrition de ces tumeurs conjonctives, masses souvent énormes, qui devraient à priori exiger des pédicules vasculo-nerveux importants destinés à assurer leur vitalité et leur trophicité.

Où sont les artères et les voies de retour ? Où sont les voies lymphatiques ? Quelle est enfin l'innervation ?

Toutes ces questions restent sans réponses précises. Itchikawa et Y. Uwatoko dans un travail récent sur l'étude expérimentale et comparée du cancer apportent sur l'innervation des tumeurs conjonctives des préparations histologiques et de suggestions fort intéressantes. Elle sont encore très discutées.

Quoi qu'il en soit, l'hypothèse de l'importance de la vascularisation dans la constitution des tumeurs conjonctives nous paraît considérable. Elle régit, nous semble-t-il, certains aspects des tissus et sans vouloir généraliser, elle nous paraît dominer la question de

la disposition particulière du tissu des myxomes. Cette disposition serait le fait d'une nutrition spéciale probablement défectueuse, nutrition assurée par imbibition et par osmose.

Rafin signale déjà la pauvreté vasculaire de ce qu'il nomme les myxomes diffus. Dans les observations éparses de myxomes des membres certains relèvent la disposition très particulière de la vascularisation. Ce sont des tumeurs en général encapsulées et dont la dissection est particulièrement facile. On les énuclée sans effort et on est étonné du peu de ligatures qu'exige cette exérèse. Les rapports avec les troncs vasculaires du membre sont cependant très étroits, mais le clivage se fait avec une facilité qui étonne, et la capsule ne reçoit pas de vaisseaux. On a bien l'impression devant ces données, de tumeurs qui vivent sans connexions vasculaires précises. Il est permis de penser alors à l'importance très grande de ces conditions de nutrition spéciale.

De plus les tumeurs des membres ne sont souvent myxomateuses qu'après la deuxième ou troisième récurrence locale. Les premières interventions s'adressent à une tumeur de texture plus dense. N'y a-t-il pas, du fait de ces interventions successives, des modifications dans les conditions de nutrition qui obligent la tumeur à prendre secondairement un aspect myxomateux et les perturbations créées par le bistouri ne seraient-elles pas à la base de certaines de ces modifications ?

Les foyers de nécrose et les cavités kystiques si fréquemment constatées dans les tumeurs conjonctives

ne relèveraient-elles pas aussi de conditions analogues.

En somme, pour revenir aux myxomes, nous concluons nettement qu'ils ne représentent pas une tumeur d'un tissu spécial et que l'aspect myxoïde n'est qu'un symptôme anatomique, un état du tissu conjonctif.

On peut aller plus loin, et nous nous sommes demandé déjà si l'on était en droit de conserver le terme de myxome. *Nous avons contesté son existence à l'état de pureté.*

Les observations de myxomes des membres sont à la vérité insuffisantes pour s'opposer à cela.

Quel est en effet le critérium anatomo-pathologique permettant de dire myxome ?

Macroscopiquement, il s'agit d'une tumeur molle, à aspect gélatiniforme. C'est une gelée gluante, de consistance et de coloration variable. Au point de vue microscopique c'est un tissu dont la substance intercellulaire abondante présente les colorations, soi-disant électives, du mucus et dont les éléments figurés sont représentés en majeure partie par des cellules étoilées anastomosées par leurs prolongements.

La lecture des comptes rendus anatomo-pathologiques annexés aux observations n'autorise pas à admettre une telle disposition dans la *totalité* de la tumeur, et c'est bien là ce qui permet de discuter.

Raffin admet dès le début de son chapitre anatomique que l'aspect et la consistance du tissu du myxome ne sont pas toujours les mêmes sur tous les points de la tumeur. On relève aux côtés de zones myxomateuses des portions de densité et d'aspect différents qui

rappellent le lipome et le sarcome. Le microscope vient confirmer ces constatations macroscopiques en montrant auprès des cellules étoilées du myxome, des îlots de cellules adipeuses. Que dire alors si ce n'est qu'on se trouve en présence d'une tumeur conjonctive tout simplement, dans laquelle probablement les conditions topographiques, mécaniques et vasculaires ont déterminé la variété d'aspect.

On voudrait pour dire myxome avoir à parler d'une tumeur uniquement myxomateuse. Pour cela on est en droit d'exiger un examen anatomo-pathologique *absolument complet*.

Pourquoi ne demanderait-on pas à ceux qui font du myxome une entité d'apporter avec leurs observations un tel examen.

Il en est là un peu comme des exigences apportées à la discussion du goître bénin métastatique. Ce dernier a été combattu et rayé des cadres. Pour l'admettre on demande un examen entier de la tumeur thyroïdienne. Le moindre point suspect, si petit soit-il, la présence de figures de karyokinèses, d'une seule karyokinèse même, suffisent à parler de malignité.

Pourquoi ne pas avoir la même susceptibilité pour le myxome ? Il importe tout autant de déceler à son niveau une parcelle de tissu sarcomateux ou de tissu fibro-adipeux pour dire de lui qu'il est malin, ou bénin.

Sans cela comment échaffauder un pronostic et par suite un traitement.

Quel est l'avenir de ces soi-disant myxomes ?

La thèse de Rafin constitue très certainement le travail le plus complet et le meilleur dans cet ordre d'idée. Cet auteur avoue du reste les difficultés. Sur les 11 observations qu'il apporte, 11 fois l'évolution fut fatale, dans un laps de temps plus ou moins rapide, après des récidives locales successives. Il faut se méfier, dit-il, de la soi-disant bénignité du myxome du tissu cellulaire.. On relève du reste toujours dans le protocole histologique de ses observations la présence de plages suspectes, différentes du myxome. Celui-ci garde seulement une prépondérance quantitative.

Le myxome est-il malin, ou est-il bénin ?

Qu'en dire si avec lui évolue toujours un tissu lipomateux, fibromateux ou sarcomateux ? Chacun de ces tissus peut avoir pour son propre compte une évolution distincte.

Par ailleurs il reste impossible de se faire une idée plus exacte. Les cas signalés relatent pour la plupart une intervention et une guérison opératoire immédiate, et c'est tout.

Le myxome pur des membres en somme n'existe pas, et il faut une fois pour toute le rayer de la nomenclature des tumeurs conjonctives.

De l'intérêt d'une terminologie simplifiée.

Pour les différentes raisons exposées plus haut, et pour enlever au chirurgien cette fausse sécurité que lui donne l'examen histologique et surtout pour lui permettre de s'extérioriser du cadre souvent complexe des multiples étiquettes anatomo-pathologiques, nous pensons qu'un terme unique, applicable à toutes les tumeurs conjonctives des membres, conviendrait mieux.

Nous proposons volontiers, un terme déjà ancien, celui de *conjonctivome*. Il aurait l'avantage de les définir toutes. Il préjuge seulement de leur origine conjonctive. Il est à ce point de vue parfaitement exact à notre sens et simplificateur puisqu'il oppose un terme unique à la multiplicité de ceux habituellement employés.

Nous ne prétendons pas avoir décidé ici du mot juste, définitif et exempt de critique. On nous a reproché en particulier qu'il créait une confusion regrettable avec les tumeurs nées de la conjonctive. C'est évidemment une objection et il en existe certainement beaucoup d'autres.

C'est bien plutôt l'idée de cette simplification qui nous séduit.

Il nous semble que l'étude des tumeurs conjonctives sous un même chef gagnerait ainsi en clarté et en précision. Les tumeurs à localisation les plus diverses, seraient alors envisagées du même point de vue. Elles sont en effet semblables par bien des côtés. Cela est vrai l'on s'en tient aux tumeurs des membres seulement mais on pourrait étendre ce cadre et y comprendre toutes les tumeurs conjonctives, quel que soit leur point de départ. C'est ainsi que seraient englobées les tumeurs du tissu conjonctif pelvien, et en particulier certaines tumeurs du ligament large, les tumeurs rétropéritonéales, celles de l'atmosphère conjonctive de la loge rénale, par exemple, les tumeurs de l'épiploon, du mésentère, du cordon spermatique, de la boule graisseuse de Bichat, pour ne citer que des exemples de tumeurs conjonctives variées.

L'anatomo-pathologiste resterait libre, bien entendu, dans sa réponse, surtout s'il a eu l'occasion, et elle est rare, d'examiner en totalité la tumeur, de décrire en détail les différents aspects et de parler de lipome, de fibrome de sarcome et de myxome, mais ce ne serait plus là que des qualificatifs.

Pour donner un exemple entre beaucoup d'autres, des obscurités apportées dans la conception des tumeurs conjonctives par la variété des étiquettes qu'on leur applique il suffit de se reporter à la thèse de Rafin sur le myxome diffus du tissu cellulaire des

membres, et à celle de Clerc sur le myxome lipomateux de la cuisse.

Tout d'abord Clerc fait entrer dans les 10 observations qu'il rapporte deux des observations de Rafin, et il conclut à la bénignité du myxolipome. On ne voit du reste pas trop bien pourquoi, puisque à part 2 cas dont un était guéri après trois ans et l'autre après huit mois, aucun des autres n'a été suivi dans son évolution.

Rafin au contraire concluait à la gravité du myxome et on le suit aisément dans ses conclusions à la lecture des observations qu'il apporte.

Voilà en somme deux tumeurs, le myxome diffus et le lipome myxomateux, qui sont bien proches puisque l'un des auteurs emprunte à l'autre deux de ses observations.

Et cependant on arrive à des conclusions diamétralement opposées.

Ce qu'il conviendrait d'ajouter au terme unique de conjonctivome que nous proposons, c'est un adjectif impliquant une idée de bénignité ou de malignité. La terminologie pratique et précise se résumerait alors au *conjonctivome bénin* et au *conjonctivome malin*, et on réaliserait ainsi la simplification idéale que nous souhaitons.

La difficulté du reste est énorme lorsqu'il s'agit de décider du pronostic avec le microscope.

Il suffit d'avoir examiné au point de vue histologique des coupes de diverses tumeurs conjonctives pour entrevoir la complexité du problème.

Généralités sur les tumeurs conjonctives des membres.

Au point de vue microscopique on doit retenir combien il reste encore difficile à l'heure actuelle de se prononcer d'une façon affirmative sur un diagnostic et à plus forte raison sur un pronostic. Les divergences entre le pronostic histologique et l'évolution clinique sont assez fréquentes. C'est la preuve que le problème est délicat. La conscience de l'histologiste à qui on demande une décision est mise souvent à une bien rude épreuve. On lui demande de dicter sur l'examen d'une parcelle de tumeur un pronostic d'où dépendra la thérapeutique radicale ou conservatrice. Il est conduit parfois à une véritable transaction en parlant de *malignité locale* et cela sans se rendre toujours compte de tous les aléas que comportent une pareille réponse. Bien souvent il n'ose dire plus de peur que ne s'attache à une décision plus catégorique, une amputation inconsidérée.

L'histologiste ne peut en rien affirmer devant une préparation. Encore moins peut-il dire quel est le

point de départ exact de la tumeur. S'il lui est permis parfois de prononcer le mot de conjonctivome, s'il lui est permis parfois de donner une opinion sur la plus ou moins grande prétendue malignité, il aura joué son rôle, et son rôle utile déjà. Ce ne sont que de telles réponses que l'on peut exiger de lui à l'heure actuelle. L'étude serrée des observations à un point de vue clinique, et leur rapprochement avec l'examen histologique permettront certainement de faire plus.

Il faut que le microscope trouve bien des éléments pour qu'il lui soit permis de parler de malignité.

Le polymorphisme cellulaire souvent très caractéristique, les karyokinèses nettes et nombreuses, les vaisseaux forés en plein tissu néoplasique et bordés par les cellules tumorales, sont des facteurs importants qui plaident en faveur de la malignité. Sont-ils toujours suffisants ? Il ne le semble pas si l'on considère les hésitations et les erreurs commises par le plus autorisés. La notion des tumeurs d'origine inflammatoire, qui jouent si facilement la tumeur conjonctive maligne, et les multiples méprises faites à ce propos conduisent à de prudentes réserves. Nous parlions récemment de ce sujet avec M. le Docteur Ball, professeur à l'Ecole vétérinaire, et nous déplorions qu'il n'existât pas un critérium anatomo-pathologique permettant de donner une sécurité plus grande à nos réponses. Il sembla étonné de cette incertitude et nous dit qu'ayant eu l'occasion d'examiner sur les animaux de multiples tumeurs conjonctives, il était arrivé à une précision de diagnostic histologique pour ainsi dire absolue. Pour lui, la présence,

du reste souvent difficile et minutieuse à déceler, du moindre îlot leucocytaire était la preuve certaine qu'on se trouvait devant une tumeur d'origine inflammatoire. Cela bien entendu pour des tumeurs non ulcérées. Il reconnaissait ainsi avec la plus grande aisance la nature de ces tumeurs, et n'hésitait jamais entre cancer et inflammation. Les évolutions ultérieures lui auraient toujours donné raison jusqu'à présent.

Il y aurait peut-être là un élément précieux pour trancher dans certains cas. Nous avouons ne pas avoir été orienté dans ce sens dans nos propres examens.

Il subsiste évidemment des cas bien tranchés, où le microscope triomphe, mais parfois on s'arrête à des présomptions et on se plaint de ne pouvoir être plus affirmatif. On constate souvent la présence de cellules du type sarcomateux. La ressemblance est absolue, mais l'évolution et le temps se chargent de faire la critique. Il faudrait pouvoir distinguer d'une façon indiscutable. Les erreurs subsistent. On se laisse influencer par l'image histologique qui certes, mérite toujours d'être au premier plan, mais qui ne peut jouer un rôle décisif sans l'appui des données cliniques.

Et à chaque pas on retrouve ces plaintes.

Il ressort en somme de ces faits combien il est difficile à un médecin d'arriver à un diagnostic exact et combien il est délicat de prévoir une évolution et de décider du traitement approprié.

Certaines tumeurs sont bien définies et conformes à un type; mais il y a tant d'exceptions à la règle

que chaque cas doit être très étudié et pesé avant d'agir.

Si nous dépendons de l'examen microscopique seul, nous serons souvent trompés. La clinique peut aussi tromper parfois. Elle est, malgré tout, en général, le critérium le meilleur. En considérant tous les éléments, très sérieusement, nous arrivons à voir que c'est le temps qui constitue encore la meilleure épreuve. Celui qui fera le moins de faute sera celui qui combinera l'anatomie pathologique micro et macroscopique et la clinique en établissant leur rapprochement aussi intime que possible.

Nous pensons qu'étant donné les documents actuels, l'anatomie macroscopique reste sûrement un guide meilleur que l'étude variable et incertaine de petits fragments de tumeurs. Il dépend de nous qu'il en soit autrement.

En nous basant sur l'étude des cas publiés et sur ceux que nous avons eu l'occasion d'observer nous pouvons tirer quelques conclusions d'ordre général sur les tumeurs conjonctives des membres.

1° Il paraît acquis que certaines de ces tumeurs évoluent lentement, insidieusement, avec tous les caractères de la béginité pendant souvent fort longtemps, parfois des années. Brusquement, leur augmentation de volume, leur extension et leur évolution ultérieure signent leur malignité.

La question de la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne est toujours insoluble. S'agit-il d'une transformation, ou d'une tumeur nouvelle ? La question reste, théoriquement au moins,

sans réponse, mais il est un fait indiscutable en clinique, c'est que les conjonctivomes bénins peuvent présenter subitement tous les caractères de la malignité. Ils constituent très certainement des états précancéreux, à la manière des adénomes pour les tumeurs épithéliales. Il en découle une règle thérapeutique absolue, c'est l'*exérèse systématique* des tumeurs conjonctives quelle que soit leur apparente béginité.

2° La *topographie* importe au point de vue pronostic. Les *conjonctivomes superficiels* qui évoluent dans le tissu cellulaire sous-cutané présentent en général une évolution favorable.

Les *conjonctivomes profonds* sous aponévrotiques, cantonnés aux interstices conjonctifs du membre, revêtent infiniment souvent des caractères de malignité.

D'une manière plus générale, les tumeurs qui ont une évolution excentrique par rapport à l'axe du membre, celles qui tendent à évoluer à l'extérieur, à pendre au dehors pour ainsi dire, présentent une certaine béginité quel que soit leur point de départ et quel que soit leur volume.

Les tumeurs infiltrantes, au contraire, qui évoluent dans le membre à la façon d'un coulée, d'une injection interstitielle de suif, tumeurs sous aponévrotiques, bridées, modelées en quelque sorte par les contractions musculaires, se comportent le plus souvent comme des tumeurs méchantes.

3° Les conjonctivomes des membres restent *le plus souvent encapsulées* à des degrés divers. On a beau-

coup discuté sur la valeur et la fragilité de cette barrière. Elle joue cependant un rôle. Les capsules franches, nettes, bien individualisées sont des facteurs de béginité ou tout au moins de sécurité pour l'avenir. Les capsules minces, lames celluleuses délicates, véritables pseudo-capsules, sont souvent le fait des tumeurs malignes. Elles donnent au chirurgien une fausse sensation de sécurité en ce sens qu'elles créent souvent d'excellents plans de clivage et que les excrèses paraissent ainsi satisfaisantes.

C'est cependant probablement grâce à la fragilité de leur voile que les contractions musculaires parviennent à fragmenter la tumeur et à cacher ainsi dans certains interstices de minces lobes tumoraux qui échappent au bistouri et sont le siège des récidives locales si fréquentes. Ces récidives ne mériteraient donc plus leur nom. Elles seraient plutôt la *continuation* de la tumeur aux dépens de petits fragments ayant échappés à l'excérèse du fait de leur dissémination parfois profonde et éloignée.

On voit tout l'intérêt qu'il y a à tenir compte de l'existence de ces microscopiques tumeurs aberrantes, qu'elles soient réalisées par le processus que nous invoquons ou qu'elles soient primitives. L'ablation locale de la tumeur principale reste de ce fait un acte incomplet et illogique. On conseille de tailler largement dans les alentours du néoplasme, et de ne pas craindre de mordre dans les muscles sains du voisinage. Est-ce suffisant ? Ne devrait-on pas disséquer très loin et chercher si possible les *tumeurs satellites* dont nous parlons ? Elles ne sont probable-

ment pas très loin puisque les récidives ou plutôt les continuations se font presque toujours *in situ*. Elles sont malheureusement souvent fort petites, peut-être même microscopiques.

Et alors ne devrait-on pas faire plus ? Quoi qu'il en soit cette notion des tumeurs satellites aberrantes éclaire la fréquence des repullulations locales. Ces dernières peuvent être rapides si l'on est en présence d'une tumeur maligne. S'il s'agit par contre d'une tumeur bénigne la possibilité de noyaux laissés en place explique à leur niveau la possibilité de transformations malignes plus ou moins retardées.

4° La présence des zones molles, gélatineuses, dites myxomateuses n'a *aucune valeur pronostique*. Cette disposition se rencontre aussi bien dans les tumeurs bénignes que dans les tumeurs malignes. Elle n'est que la signature d'une vascularisation défectueuse.

5° Les conjonctivomes des membres ne donnent *jamais de métastases*. Nous ne connaissons pas d'exception à cette règle, mais il faut s'entendre. Il n'y a jamais de métastases, tant que l'on n'est pas intervenu localement d'une façon quelconque sur la tumeur. Les interventions à son niveau, facteurs d'irritation ou d'ensemencements peut-être, permettent ou créent des possibilités de métastases éloignées. Il semble que ce soit là une condition nécessaire.

En d'autres termes, devant un conjonctivome des membres qui n'a jamais subi d'intervention, il est inutile de rechercher les métastases.

Il y a là un contraste frappant avec les tumeurs

conjonctives du squelette. Celles-ci essaient avec une très grande fréquence et il est de règle lorsqu'on les diagnostique de rechercher avec soin la métastase possible avant que de décider de la thérapeutique.

Les conditions vasculaires sur lesquelles nous avons déjà insisté jouent peut-être un rôle. Il est incontestable que les connexions vasculaires des tumeurs conjonctives molles sont très réduites. C'est l'inverse pour les tumeurs conjonctives d'origine squelettique qui sont sans capsule limitante, en rapport souvent avec la moelle osseuse et l'on sait la richesse vasculaire de cette dernière. La rareté des métastases dans un cas, sa fréquence dans l'autre s'expliquent peut-être par ces particularités dans la vascularisation. Les débouchés lymphatiques importent probablement aussi, mais ils restent bien mal connus.

6° Nous déconseillons pour ces différentes raisons *les biopsies* faites dans un but de diagnostic. Elles sont insuffisantes et dangereuses.

Elle présentent l'insécurité sur laquelle nous avons déjà insisté, en ce sens qu'elles autorisent seulement un examen trop localisé, incomplet et sans valeur. On se rappelle en effet combien sont variés les conjonctivomes suivant les points considérés.

Elles favorisent par ailleurs les métastases. Peut-être même donnent-elles à la tumeur un coup de fouet.

7° La métaplasie osseuse dans un conjonctivome des parties molles, indépendant du squelette, réa-

lise probablement un facteur de bénignité. On aurait envie de croire que l'apport d'un matériel calcique, une modification dans les conditions humorales, qu'une perturbation dans le régime vasculaire permettraient peut-être d'orienter une tumeur conjonctive dans un sens donné.

Ce ne sont là que des hypothèses bien fragiles; leur domaine est purement spéculatif.

Nous n'y insistons pas.

Conclusions.

Quelles que soient les restrictions que nous ayons apportées à la valeur de l'examen histologique il n'en reste pas moins vrai que le microscope conserve une grande partie de sa valeur. Il pourrait donner mieux et ce qu'il en faut retenir c'est la nécessité d'une collaboration chirurgicale et anatomo-pathologique étroite.

Les collaborations d'une manière générale, sont indispensables quel que soit le terrain scientifique. Il semble que ce soit là une vérité presque trop élémentaire. On ne devrait pas oser la formuler et cependant si on regarde d'un peu plus près, on est surpris de constater la fragilité des liens qui unissent pratiquement les laboratoires et le chirurgien.

Chacun travaille de son côté, dévie, s'éloigne de plus en plus, et il arrive qu'on ne se comprenne plus.

Les chirurgiens devraient, on ne saurait trop le répéter, et nous envisageons seulement ici les tumeurs conjonctives, envoyer leurs tumeurs *entières* à l'examen anatomo-pathologique. Ils devraient fai-

re de même pour les tumeurs de récidence et pour les métastases.

Les anatomo-pathologistes devraient connaître les malades dont on leur demandera ultérieurement l'examen microscopique, ou tout au moins devraient-ils posséder une observation clinique détaillée.

Combien de fois ces conditions ont-elles été réalisées ?

En résumé, c'est l'étude d'une collection, d'un groupe de ces tumeurs qui permettra seule d'acquérir l'expérience nécessaire.

C'est le projet que forment et que réalisent déjà en partie les chirurgiens américains, à propos des tumeurs des os. Ils mettent ainsi sur pied à l'heure actuelle, ce qu'ils nomment le « Registre des Sarcome des os ». On souhaite une réalisation semblable pour les tumeurs du tissu conjonctif. Tous y doivent participer. Elles consiste en une centralisation d'observations *complètes* des tumeurs envisagées. Ce « Registre » conférera aux médecins une grande expérience et aura une grande valeur s'il réunit une série de dessins exacts et de photographies en couleurs des différents types de tumeurs.

Cela peut certainement être obtenu, mais on ne peut en cacher les difficultés.

Il est bien évident qu'une observation complète, une seule même, qui comprendrait l'étude clinique, les examens macroscopiques et microscopiques des pièces, et l'évolution, aurait plus de valeur que les séries incomplètes de cas nombreux.

Il faut l'avouer, on a trop de tendance à l'heure actuelle à vouloir aligner des statistiques abondantes. Il est certains que des observations *entières* seraient infiniment supérieures à tous les débris sur lesquels se construisent ces statistiques dont on dit tant de mal et que l'on aime cependant toujours.

Il suffit par exemple de considérer combien les chirurgiens qui voient les choses avec un certain recul et avec la pondération et la sagesse que donnent l'expérience attachent d'importance aux résultats éloignés des interventions et à l'évolution des maladies dans le temps, pour être convaincu de l'utilité d'un tel programme d'étude.

Cet idéal ne saurait être réalisé en un jour, mais si on possédait déjà cette arme on aborderait le problème avec plus de sécurité, et bien des discussions inutiles tomberaient d'elles-mêmes.

Pour que ce « Registre des tumeurs des parties molles » ait une valeur, il faudrait que soient relatés tout au long, le diagnostic basé sur toute l'histoire clinique détaillée, les radiographies, les examens anatomo-pathologiques et plus encore si possible.

Si l'on pouvait alors connaître le résultat éloigné, le jugement ne serait plus bien difficile à porter.

Ce ne serait cependant pas tout encore. Le problème n'est pas là seulement et on garde l'impression que le déséquilibre secret qui conduit le tissu conjonctif à la tumeur subsistera en entier même après cet effort. Les recherches physio-pathologiques et biologiques viennent apporter déjà leurs suggestions

nouvelles. Elles créent à volonté sur certains animaux des tumeurs conjonctives variées. Elles jetteront très probablement la lumière sur l'intimité du problème. Elles autorisent les espoirs les plus grands.

Le mystère de la tumeur conjonctive en effet n'est pas plus dans l'examen d'une préparation histologique que n'est le problème de la vie dans une coupe de tissu vivant quelconque. Il n'y a qu'une seule cause, disait un maître, et celle-là je ne vous la dirai pas.

C'est la terrible, nous ne disons pas la décourageante, conclusion actuelle.

DEUXIÈME PARTIE

LES OBSERVATIONS



OBSERVATION I

Tumeur de la cuisse du type clinique : tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux. Six interventions successives. Métastase dans le sein. Mort.

Mme S..., âgée de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, le 5 avril 1921, pour une tumeur siégeant sur la face interne de la cuisse gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle-même n'a jamais été malade. Pas de tuberculose. Pas de syphilis. Elle est mariée depuis quatre ans et a deux petits garçons. Jamais de fausse-couche.

L'affection actuelle remonte à 1912, *donc neuf ans*. Elle a débutée par une petite tumeur indolore, de la grosseur d'une noisette, située *au tiers inférieur de la cuisse*, sur le trajet du muscle couturier.

La malade attend *trois ans* avant de se faire opérer. La tumeur a alors augmenté progressivement et lentement pour atteindre le volume d'une *mandarine*. M. le Docteur Giuliani en fait l'ablation en 1915. Les suites opératoires sont simples. La guérison complète trois semaines après l'intervention.

En août 1920, alors que la malade est au 7^e mois de sa seconde grossesse, elle s'aperçoit de la réapparition de la tumeur qui grossit alors rapidement pour atteindre en huit mois le volume d'une *tête d'adulte*. C'est à ce moment que la malade entre à l'Hôtel-Dieu, en avril 1921.

La tumeur distend la partie antéro-interne du tiers inférieur de la cuisse. Elle reste sus-jacente au cul-de-sac sous-quadricipital et au canal de Hunter. La peau, à son niveau, est tendue, lisse, brillante et semble, vers la partie moyenne, prête à se fissurer. Elle présente à ce

niveau une teinte particulière. Il s'agit de la cicatrice de première intervention très distendue.

La saphène interne, très dilatée, passe en écharpe. Il y a une hyperthermie locale très marquée. La tumeur offre une consistance assez dure. Elle est indolore. Dans le relâchement musculaire on la mobilise facilement, mais elle se fixe si on fait contracter les muscles.

Pas de ganglions inguinaux.

Au-dessous de la tumeur l'œdème du membre est assez marqué, ce qui indique une gêne dans la circulation veineuse. La circulation artérielle paraît intacte.

L'examen somatique est absolument négatif. Il n'y a rien en particulier au point de vue thyroïdien, mammaire et génital.

Le 11 avril 1921, M. le Professeur Tixier intervient sous anesthésie générale.

Premier temps : Incision au-dessus de la partie moyenne de la cuisse. Fil d'attente sur l'artère fémorale.

Deuxième temps : Grande incision continuant en haut l'incision de ligature de la fémorale, et dépassant largement la tumeur en bas.

De haut en bas on sépare la tumeur du couturier qui est étalé au-dessus d'elle. On sacrifie ce muscle.

Pour libérer la partie inférieure de la tumeur on est conduit à ouvrir le canal de Hunter sur toute sa hauteur. L'artère et la veine fémorale sont isolées. L'hémostase est donc faite en respectant les gros vaisseaux.

Troisième temps : Libération par dissection facile de la masse fémorale. Etant donné les adhérences musculaires on enlève, avec la tumeur, une partie du muscle vaste interne et la moitié environ du muscle droit antérieur. Exérèse large de la peau, amincie et adhérente, et du tissu cellulaire qui paraît œdématisé. On peut cependant suturer la peau sur un gros drain.

L'examen macroscopique de la pièce est relaté de la façon suivante : « La tumeur enlevée présente le volume d'une tête d'enfant de 10 ans. Elle est limitée à la partie profonde par une capsule fibreuse. C'est une tumeur



Fig. 1

Obs. I. -- Tumeur de la gaine des vaisseaux (4^{me} récursive locale).

molle, tendue, qui a la coupe laisse suinter un liquide abondant.

Dans les parties profondes la tumeur semble de la chair de poisson rose. Dans les parties superficielles, au voisinage de la peau adhérente, sa coloration est verdâtre. A ce niveau existent des foyers de nécrose, des pseudo-kystes contenant un liquide sanglant. Quoique dans son ensemble la consistance de la tumeur soit homogène, il faut cependant noter des points plus opaques et plus consistants. »

Les suites opératoires sont idéales. La température n'a pas dépassé 37°8. La réunion s'est faite *per primam*. La malade quitte le service le 13 mai 1921.

Elle revient le 13 mai 1922, car depuis un mois ont apparu sur la face antérieure de la cuisse deux petits nodules indurés. Ceux-ci siègent à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la cuisse, à quelques centimètres de la cicatrice opératoire. Ils sont durs et indolores, séparés de 2 cm. environ. L'un sous-cutané a le volume d'une noisette, l'autre intramusculaire est un peu plus gros.

La jambe et le pied sont œdématiés. Pas d'adénopathie inguinale.

Le 18 mai, extirpation des deux nodules.

Quatre mois après, la malade revient pour une nouvelle récurrence locale.

Il s'agit à nouveau de deux noyaux de consistance pseudo-fluctuante, siégeant l'un dans le tendon sus-rotulien, l'autre en plein muscle droit antérieur.

On intervient, le 27 septembre 1922, en excisant largement ces deux masses. Cette exérèse oblige à une résection large du muscle droit antérieur et du muscle vaste externe. On a l'impression que c'est la dernière opération conservatrice possible.

En janvier 1923, la malade revient encore pour une récurrence locale. (Fig. 1.) Il s'agit d'une masse énorme recouverte d'une peau lisse, amincie, tendue, prête à éclater. La consistance de la tumeur est généralement

molle, pseudo-fluctuante, mais en certains points, elle apparaît plus résistante et plus dure. L'état général a décliné.

M. le Professeur Tixier considère la partie perdue. Il faut amputer le plus haut et le plus vite possible. Il n'y a pas de signes de généralisation, par conséquent pas de contre-indication au sacrifice du membre. La malade attend quinze jours pour se décider, puis accepte l'intervention proposée.

Elle signale alors que son sein gauche a grossi, un peu comme au moment des règles. L'examen décèle un petit noyau dur et arrondi. Il s'agit manifestement d'une métastase mammaire. Que faire? Il faut opérer quand même. Au point de vue moral d'abord, car cette femme est décidée à accepter le sacrifice de son membre. Au point de vue local ensuite, car la peau au niveau de la tumeur va céder.

Le 2 février 1923, sous rachianesthésie, on opère. Ligature primitive des vaisseaux fémoraux. En transformant en raquette l'incision, comme pour une désarticulation de la hanche, on fait une amputation rapide, très haute, sous-trochantérienne. Le tout est bien supporté.

Pendant que se fait la cicatrisation de la plaie d'amputation, la tumeur du sein gauche évolue et grossit rapidement, sans adhérer ni à la peau ni aux plans profonds. On en pratique l'ablation cunéiforme, en respectant la glande mammaire qui est absolument indemne en dehors du lobe envahi.

La malade rentre chez elle le 20 mars.

Nous avons appris qu'elle était morte le 24 septembre 1923.

Examen macroscopique de la pièce après l'amputation. — Il s'agit d'une tumeur volumineuse, généralement arrondie, mais présentant une lobulation assez nette. La peau ne lui adhère pas. Les rapports avec les organes voisins sont difficiles à préciser, étant donné les différentes interventions qui ont déjà porté sur la région.

Néanmoins, on constate que :

1° Les vaisseaux fémoraux sont englobés dans la tumeur qui passe en dedans, en avant et en dehors d'eux,



OBSERVATION I

Dissection de la pièce après l'amputation

en U. Malgré l'intimité de ce rapport, il est facile de cliver entre tumeur, artère et veine. Ces vaisseaux ne sont pas modifiés dans l'aspect de leurs parois et lumières restent normales. On comprend cependant que la veine fémorale, du fait de la moindre résistance de ses parois, puisse subir un certain degré de compression.

2° Les muscles voisins paraissent, à un examen superficiel, largement envahis et englobés dans la tumeur. La dissection minutieuse démontre que leurs modifications relèvent uniquement de refoulement et de compression. Les fibres musculaires, au voisinage de la tumeur, prennent une coloration blanchâtre et grise. Elles s'étalent et se dispersent en surface seulement.

3° Le squelette reste absolument indépendant.

4° Il existe une capsule conjonctive mince qui entoure la tumeur en totalité.

A la coupe, le tissu présente une consistance assez ferme, de coloration blanc rosé. Certains lobes de la tumeur sont indépendants, encapsulés pour leur propre compte. Quelques-uns sont remplis par une masse plus molle d'aspect gélatineux.

La métastase mammaire est représentée par une tumeur arrondie, encapsulée, du volume d'une mandarine. Sa consistance à la coupe est celle des portions les plus denses de la tumeur originelle.

Le parenchyme glandulaire est indépendant. La métastase a évolué dans le tissu cellulo-graisseux périmammaire. La peau, à ce niveau, est restée normale.

Examen histologique. — Premier examen (intervention d'avril 1921). — Tumeur formée de cellules arrondies à noyaux volumineux présentant de nombreuses mitoses. En certains points les cellules et les noyaux s'allongent un peu, sans jamais prendre la disposition fusiforme vraie. La densité cellulaire n'est pas très grande. Substance interstitielle assez abondante. Des vésicules adipeuses parsèment la préparation. (Fig. 2-a.)

Vaisseaux abondants, les uns adultes à parois bien individualisées, les autres forés dans la tumeur et bordés par les cellules néoplasiques.

PLANCHE II

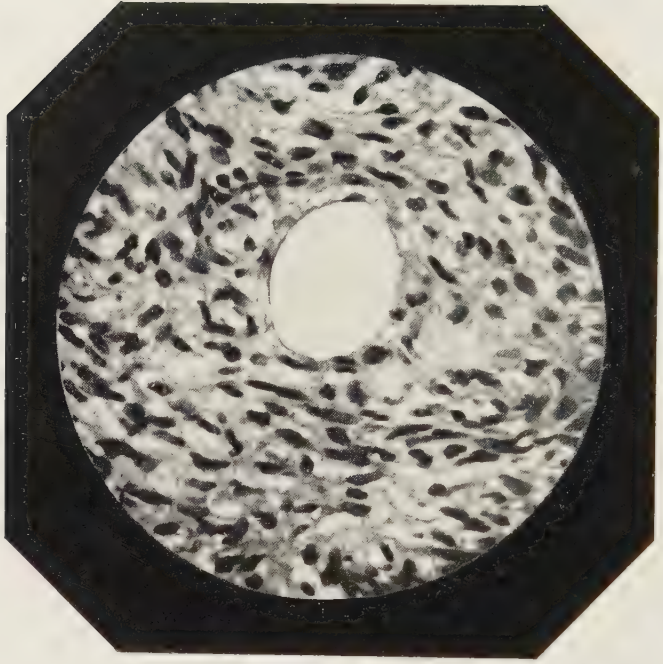


Fig. 2. — Obs. I (a)



Fig. 2. — Obs. I (b)

- (a) Biopsie faite en un point dense de la tumeur.
- (b) Biopsie faite en un point d'aspect myxoïde.

PLANCHE III

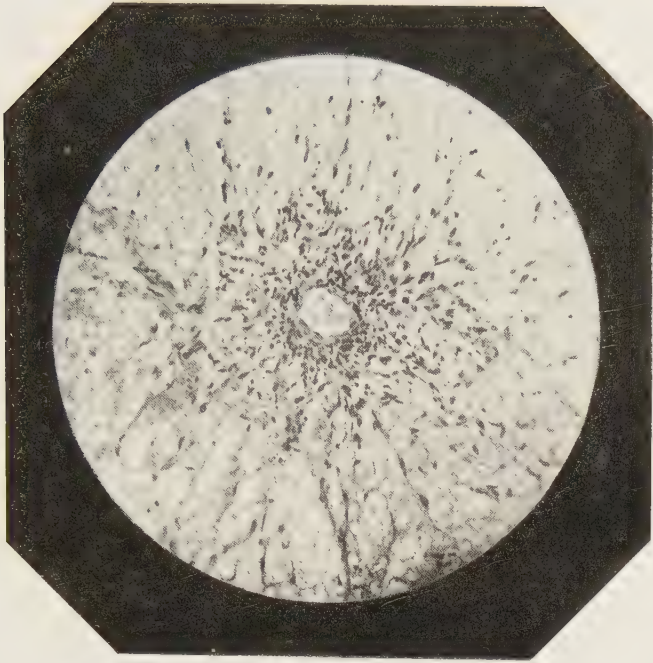


Fig. 3. (a) - Obs. I

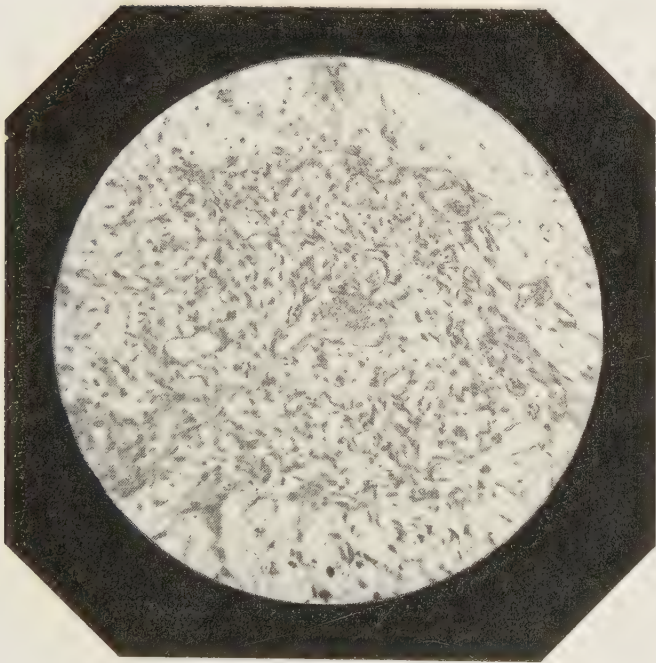


Fig. 3. (b) — Obs. I

- (a) Biopsie en tissu myxoïde. Aspect pseudo-périthélial.
(b) Aspect pseudo-périthélial. Vaisseaux plus nombreux.



Deuxième examen (intervention de septembre 1922).

— Les différentes biopsies pratiquées à cette époque donnent des préparations d'aspect assez différent.

a) Par endroits, disposition analogue à celle précédemment décrite, sauf que les cellules et leurs noyaux prennent nettement l'aspect en fuseaux et que la densité cellulaire est beaucoup plus considérable. Les mitoses sont toujours assez nombreuses. Les capillaires sont tous du type sarcomateux.

b) Par ailleurs, vastes plages de substance amorphe, traversées en certains points par des vaisseaux adultes qu'entourent des cellules fusiformes se rapprochant beaucoup par leur aspect des cellules fixes conjonctives. On a l'impression de véritables nids cellulaires centrés par un vaisseau (pseudo-aspect périthélial). (Fig. 3-a et b.)

... *Troisième examen (interventions de juin et février 1923).* — Aspect fuso-cellulaire dense. Multiples monstruosités cellulaires.

La métastase du sein reproduit exactement la même disposition fuso-cellulaire, avec mitoses abondantes et vaisseaux du type dit embryonnaire.

OBSERVATION II

Tumeur du bras du type clinique : tumeur de la gaine des vaisseaux huméraux.

Mme C..., âgée de 60 ans, entre à la Salle Sainte-Anne à l'Hôtel-Dieu, le 26 septembre 1922, pour une tumeur développée au niveau de la partie inféro-interne du bras droit. Il n'y a rien dans les antécédents qui puisse être rattaché à l'affection actuelle.

Le début a été observé il y a 7 ans. Il s'agissait alors d'un petit nodule, indolore, siégeant au niveau du pli du coude. Petit à petit, ce nodule s'est développé pour atteindre à l'heure actuelle un volume relativement consi-

dérable. Il n'a jamais entraîné de troubles fonctionnels. Il n'a jamais été douloureux. C'est pour une raison d'esthétique seulement que la malade vient en demander l'ablation.

A l'entrée (Fig. 4-b) : On est en présence d'une tumeur siégeant sur la face interne et la partie inférieure du bras droit. Elle empiète sur le pli du coude. Son volume est celui d'un petit melon. Elle présente une surface irrégulière et se subdivise en trois lobes inégaux, un gros et deux petits. La peau à son niveau est brillante, marbrée et sillonnée d'un réseau dense de veines dilatées. La température locale est nettement augmentée. La tumeur paraît chaude et vasculaire.

L'évolution, comme on l'a vu, est toujours restée indolore et ne s'est accompagnée d'aucun trouble fonctionnel. La tumeur gêne un peu par son volume.

Les mouvements spontanés et les mouvements provoqués restent complets et indolores.

Le pouls radial du côté malade montre un affaiblissement notable par rapport à celui du côté opposé.

La radiographie révèle l'ombre grise de la masse tumorale aux côtés d'un squelette brachial et antibrachial intact. Cette ombre bien limitée présente des variations de densité. Tandis qu'elle reste uniformément grise et pommelée, elle présente dans la partie supérieure, une tâche opaque, noire, qui permet de penser à une zone de calcification ou d'ossification. A noter que cette tache reste radiographiquement nettement détachée du squelette. (Fig. 4-b.)

M. le Professeur Tixier, après examen, conclut à un myxosarcome de la gaine des vaisseaux huméraux, avec intégrité des vaisseaux et des nerfs. L'absence de ganglions axillaires et de signes de généralisation autorise une exérèse purement locale.

L'intervention est pratiquée le 28 septembre 1922. — Premier temps : Incision en losange supérieur. Ligature de grosses veines superficielles. Découverte des vaisseaux

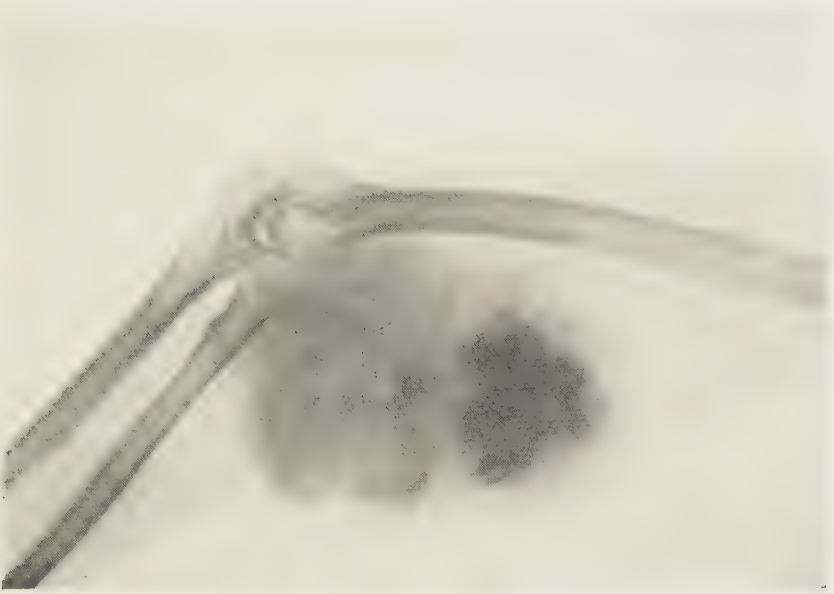


Fig. 4. (a) — Obs. II



Fig. 4. (b) — Obs. II

- (a) Radiographie d'une tumeur dite de la gaine des vaisseaux huméraux.
(b) Tumeur dite de la gaine des vaisseaux huméraux.

huméraux de façon à pouvoir, si cela est nécessaire, jeter sur eux une ligature.

Deuxième temps : Incision losangique inférieure circonscrivant la tumeur en bas. Ligature de nombreuses veines.

Troisième temps : On pratique l'ablation de la tumeur de haut en bas, en suivant méthodiquement l'artère humérale, le nerf médian, et en bas et en dehors, la gouttière du nerf radial.

On est conduit à réséquer une portion du biceps qui paraît infiltrée par le néoplasme. Partout ailleurs, la tumeur est parfaitement encapsulée. Hémostase soignée et malgré une large exérèse de la peau, on suture aisément sur un gros drain.

Les suites opératoires ont été très simples et la malade a quitté le service guérie au bout de deux semaines.

Examen de la pièce. — La tumeur multilobée présente des lobes de consistance très variée. La plus grosse masse, du volume d'un poing d'homme, est dure et rénitente. A la coupe, elle contient à son intérieur un noyau ossifié. Les autres noyaux, de consistance bien plus molle, restent indépendants les uns des autres, grâce à leur capsule et à des sillons remplis de tissu conjonctif. Leur consistance et leur coloration rappellent le parenchyme rénal. A la coupe ils apparaissent gélatiniformes. En certains points cependant le tissu qui les constitue est plus dense.

Le muscle biceps réséqué en partie avec la tumeur ne présente avec elle que des rapports de contiguïté. Il en reste séparé par la capsule propre de la tumeur, mais adhère fortement à celle-ci, sans être cependant envahi. A noter que cette capsule est partout nette et épaisse.

Examen histologique. — Les fragments prélevés dans les portions denses, qui forment du reste la majeure partie de la tumeur, se montrent constitués par des éléments cellulaires, soit arrondis, soit allongés, du type fibroblastique. Ces éléments sont serrés les uns contre les autres. La substance interstitielle est très peu abondante. Les noyaux sont volumineux, mais réguliers. Ab-

sence de mitoses. Vaisseaux à la fois du type embryonnaire et du type adulte.

Des traînées de tissu conjonctif du type fibreux sillonnent la préparation. En d'autres points les cellules conjonctives sont séparées les unes des autres par une substance amorphe abondante. Elles prennent alors un aspect vaguement étoilé. Des plages ont l'apparence myxomateuses. C'est à ce niveau qu'apparaissent de petits fragments d'osséine. (Fig. 5-a.)

Au centre de la tumeur, dans un fragment prélevé à la scie, dans un bloc, les plages ossifiées deviennent excessivement abondantes. Il s'agit là d'un tissu en voie d'ossification et non d'un tissu osseux normal.

A l'examen histologique seul des différentes préparations, sans tenir compte des conditions cliniques, on pense à un *sarcome ostéogénique*.

OBSERVATION III

Tumeur conjonctive des parties molles de la main :

1° *Intervention conservatrice ;*

2° *Amputation de l'avant-bras.*

Métastases multiples. Mort.

Mme P..., âgée de 34 ans, vient à la consultation en juillet 1919 pour une petite tuméfaction siégeant dans le premier espace intermétacarpien et ressemblant à un abcès de la région commissurale, sauf l'absence de phénomènes inflammatoires aigus.

On intervient sous anesthésie locale et on arrive sur une tumeur de consistance molle, gélatineuse, présentant l'aspect de chair de poisson. L'exérèse en est faite sans délabrement, par simple dissection.

La malade rentre chez elle le jour même. Les suites sont simples. M. Laroyenne songe, étant donné l'aspect de la tumeur, à un myxome diffus. Il prévient le mari

PLANCHE V

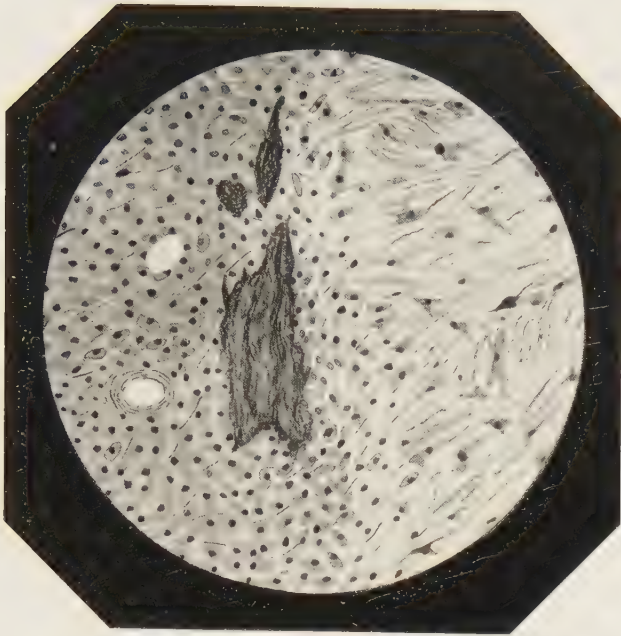


Fig. 5. (a) — Obs. II



Fig. 5. (b) — Obs. III

- (a) Aspect myxoïde, aspect sarcomateux et plage ossifiée réunis en un même point.
 b) Tendance ostéogénique dans une métastase de tumeur conjonctive.

de la possibilité d'une récurrence, pouvant exiger alors une mutilation grave, une amputation de la main.

Deux années passent. La malade revient en juillet 1921 pour demander à nouveau un avis. Elle a retardé cette seconde visite, redoutant la décision qu'elle prévoyait. Aussi a-t-elle, avant de revenir, eu recours à d'autres conseils. Un médecin a pratiqué au niveau de sa main une ponction, un autre une incision, ce qui prouve combien la tumeur revêtait les caractères d'une collection.

Quoi qu'il en soit, la malade se montre à ce second examen avec une tuméfaction de la main. La tumeur aurait commencé à se développer il y a 5 mois. Elle se présente alors sous forme d'une tuméfaction visible seulement sur la face dorsale du deuxième espace intermétacarpien. Son volume est celui d'un œuf de pigeon. La tumeur n'adhère pas à la peau qui reste normale.

D'autre part, la palpation montre une infiltration profonde du premier espace intermétacarpien, infiltration s'étendant à la paume de la main, remontant vers la gouttière carpienne.

Il existe des accès douloureux assez aigus. Les mouvements de l'index et du médius ont progressivement diminué. Il n'y a pas d'adénopathie.

La malade accepte une amputation de l'avant-bras au tiers inférieur. Les suites de l'intervention sont simples. Cicatrisation par première intention.

La malade est alors perdue de vue jusqu'en septembre 1924, époque à laquelle elle est à nouveau hospitalisée à l'Hôtel-Dieu.

Au point de vue local, tout est parfait. Le moignon et sa cicatrice sont souples, sans trace de récurrence.

On relève par ailleurs des tumeurs métastatiques nombreuses

1° Au niveau de la fourchette sternale.

2° Au niveau de la fosse iliaque droite, masse profonde, de consistance rénitente.

3° Au niveau de l'épaule droite, une tumeur volumineuse donnant des troubles de compression du côté du plexus brachial (paralysie et douleur).

Etant donné la multiplicité des localisations, toute thérapeutique sanglante est rejetée, et on assiste à la déchéance progressive de la malade qui meurt cachectique en avril 1925.

A noter une fracture spontanée de l'extrémité supérieure de l'humérus survenue quelque temps avant le décès.

Dissection de la main amputée. — La peau n'adhère en aucun point et on la dissèque aisément.

Sur la *face dorsale* apparaît dans le dernier espace intermétacarpien une tumeur lisse et finement encapsulée. Elle est du volume d'un œuf de pigeon. Elle remplit et disjoint presque l'espace intermétacarpien sans adhérer aux os voisins. Elle se continue dans la profondeur avec la tumeur palmaire.

Sur la *face palmaire* on dissèque et on rabat aisément les différents éléments de la paume, arcades artérielles, filets nerveux et tendons. Sous eux, donc dans la profondeur, appliquée sur le squelette métacarpien, apparaît la tumeur sous forme d'une masse lobulée, à limites précises. Une très mince toile celluleuse la recouvre. Elle se présente absolument à la façon d'une coulée de suif, bridée en avant par les tendons, qui marquent sur elle leurs traces, mais conservent néanmoins leur entière liberté, et ne paraissent absolument pas envahis.

La tumeur, en somme, laisse indemnes tous les éléments voisins, nerfs, vaisseaux, tendons et squelette. Elle s'infiltré entre eux, mais ne leur adhère pas. Il est absolument impossible, au point de vue macroscopique, de fixer exactement son origine. Le point de départ qui paraît le plus logique cependant, serait le tissu cellulo-graisseux de la région.

A la coupe, la tumeur se montre constituée par un tissu de coloration blanc rosé, de consistance homogène, rappelant celle de la substance cérébrale fixée au formol.

Examen histologique. — Le fragment examiné est constitué sur toute son étendue par un processus néoplasique. Nulle part on ne retrouve de tissu normal. Cette néoformation se compose d'éléments extrêmement courts, fusiformes, à noyaux également effilés en fu-



OBSERVATION III

Dissection de la pièce après l'amputation

seau, avec une très mince couronne protoplasmique périphérique. Les éléments sont tantôt parallèles les uns aux autres, en faisceaux coupés suivant leur grand axe, ce qui correspond à l'aspect décrit ci-dessus, tantôt ils sont coupés perpendiculairement. Les cellules prennent alors un aspect arrondi.

Tout ce dispositif est parcouru par des capillaires non munis d'une paroi propre, limités périphériquement par les cellules tumorales.

Le réseau des éléments néoplasiques possède un réseau chromatinien généralement lâche et délié. Par ailleurs les noyaux paraissent beaucoup plus petits, beaucoup plus opaques. Il semble s'agir d'éléments en picnose.

Le nombre des figures de division indirecte est petit.

L'aspect de la préparation est presque partout semblable. C'est l'image d'un *sarcome fuso-cellulaire*.

L'autopsie nous a été interdite.

Nous avons pu prélever seulement par une petite incision iliaque un fragment d'une des tumeurs de métastase. Cette tumeur était adhérente à l'os. Ce fragment examiné nous a montré qu'il s'agissait d'une masse blanchâtre, de consistance molle, ressemblant à de la substance cérébrale.

Au microscope, on relève des plages absolument semblables à celles de la tumeur primitive de la main. L'aspect est celui d'un sarcome fuso-cellulaire, mais les mitoses sont plus nombreuses. Par endroit, la substance interstitielle devient plus abondante et les cellules prennent une forme étoilée. Dans ces plages d'apparence myxomateuse apparaissent des trainées ostéoïdes très nettes avec leur bordure caractéristique d'ostéoblastes. (Fig. 5-b.).

Par endroit, les trainées ostéoïdes sont moins denses, et leur disposition rappelle plutôt celle du cartilage que celle de l'os.

Il s'agit d'un sarcome ostéogénique.

OBSERVATION IV

Tumeur conjonctive du muscle vaste externe.

Exérèse. Guérison.

M. F..., âgé de 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Philippe, le 8 juillet 1921, pour une tumeur de la partie supéro-externe de la cuisse droite. (Fig. 6-b.)

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Il est père de 6 enfants vivants. Sa santé a toujours été excellente.

En novembre 1920 il s'aperçoit par hasard qu'il porte, au niveau de la face antéro-externe de la cuisse, une tumeur assez volumineuse. Comme il ne souffre pas et qu'il n'est gêné en aucune façon, il ne s'en inquiète pas.

En février 1921, il va consulter un médecin qui fait une ponction exploratrice négative et lui conseille une intervention. Il la renvoie à plus tard.

En mai 1921, la tumeur a sensiblement grossi. Elle semble s'accroître rapidement. Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

A l'entrée : La tumeur du volume d'une tête d'enfant est de forme allongée et ovoïde. Son grand axe mesure 26 cm. La mensuration des cuisses, pratiquée à 10 cm. des têtes fémorales, donne à droit 55 cm., à gauche 45 cm.

La tumeur, nettement délimitée, est parfaitement mobile sur les plans profonds. Sa consistance rappelle celle d'un muscle contracté. La peau, à son niveau, reste normale et libre. On voit se dessiner le fascia lata qui forme une corde tendue à la partie inférieure de la cuisse, comme si la tumeur, en le soulevant, le maintenait tendu.

La contraction du quadriceps immobilise la tumeur qui semble alors faire corps avec le muscle. On sent battre les vaisseaux du côté interne. Ils ne paraissent pas être en rapport avec la masse tumorale.

Le malade n'accuse ni douleurs, ni troubles fonction-

nels. Il se plaint seulement de tiraillements de la peau lorsqu'il monte des escaliers.

L'examen général reste négatif. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

La radiographie montre l'ombre uniformément grise de la tumeur, indépendante du squelette.

Intervention, le 19 juillet 1921. — Grande incision sur la face externe de la cuisse, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au tiers inférieur de la cuisse. Incision du tenseur du fascia lata. La tumeur est développée dans le muscle vaste externe. Elle en a dissocié les fibres. Il faut réséquer ce muscle. Il n'y a pas de point d'attache périostique.

On pense à une tumeur musculaire. Après son ablation, elle a une consistance gélatineuse, et à la coupe l'aspect d'une gelée de groseille pâle.

Le malade revient se montrer, le 11 février 1922. Etat général et local parfaits.

En février 1925, il nous confirme par lettre le bon état de sa santé à tous les points de vue.

Examen histologique. — Les fragments de la tumeur présentent tous la même disposition. Ils sont constitués par un tissu lâche à substance interstitielle abondante. C'est un stroma œdémateux, d'aspect myxomateux, contenant des cellules allongées du type fibroblastique. Les noyaux également fusiformes sont volumineux et réguliers. Il n'y a pas de kariokinèse. Quelques vaisseaux du type adulte irriguent ce tissu. Ce qui frappe avant tout, c'est la présence au milieu de ce tissu de cavités nombreuses, irrégulières, contenant une substance amorphe, prenant mal les colorants. Il est impossible d'en dire la nature exacte, mais on peut affirmer qu'il ne s'agit pas de globules rouges. (Fig. 6-c.)

La transition entre le tissu de la tumeur et les cavités est brusque et nette. Il n'y a à leur niveau aucun revêtement épithélial. Malgré cette disposition angiomateuse il s'agit bien d'une tumeur conjonctive.

Il est difficile de se faire, d'après l'examen histologique, une idée sur la malignité de ce néoplasme.



Fig. 6. (a) — Obs. V



Fig. 6. (b) — Obs. IV



Fig. 6. (c) — Obs. IV

- (a) Tumeur musculaire. — Rhabdomyome.
- (b) Tumeur conjonctive du muscle vaste externe.
- (c) Aspect pseudo angiomateux d'une tumeur conjonctive.

OBSERVATION V

Tumeur musculaire de la racine de la cuisse.

Exérèse. Guérison

M. D..., âgé de 58 ans, entre à la Salle St-Philippe, à l'Hôtel-Dieu, le 5 septembre 1921, parce qu'il présente une tumeur sur la face interne de la partie supérieure de la cuisse gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement il a toujours eu une excellente santé.

Il nie toute spécificité. Cependant on trouve vers le frein de la verge une petite cicatrice. Le malade reconnaît en effet avoir eu là un petit bouton qui a saigné pendant une quinzaine de jours.

Il a été marié trois fois :

Premier mariage à 27 ans. Sa femme est morte à 28 ans de tuberculose pulmonaire. Il en avait eu un enfant, qui est mort à 8 mois d'affection indéterminée.

Deuxième mariage à 35 ans. Cette seconde femme est morte à 38 ans de tuberculose pulmonaire. Il en a eu trois enfants. Deux sont vivants et bien portants, l'autre est mort à l'âge de 4 ans d'albuminurie (?)

Troisième mariage à 50 ans. Cette troisième femme est morte à l'âge de 55 ans de cardiopathie.

L'affection qui le conduit à l'hôpital a débuté il y a trois mois. Tout au moins, c'est à ce moment qu'il s'en aperçoit. En tournant une pierre, il ressent une vive douleur à la racine de la cuisse gauche. Le surlendemain il constate à ce niveau une petite boule de la grosseur d'une noix. Sur un conseil médical, il se repose quelque temps, puis reprend son travail, mais la tumeur augmentant toujours de volume, il vient consulter à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, on note à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, la présence d'une masse du volume d'une tête de fœtus. Cette masse, sans être franchement diffuse, n'est cependant pas nettement délimitée. Elle présente

une consistance élastique, inégale, dure par endroits. Les contractions musculaires la fixent partiellement. (Fig. 6-a.)

Le malade ne se plaint d'aucune douleur. L'état général reste très satisfaisant.

On porte le diagnostic de sarcome des parties molles.

Intervention, le 19 septembre 1921. — Grande incision parallèle aux adducteurs, partant de la branche ischio-pubienne. On se porte immédiatement en dehors pour reconnaître les vaisseaux fémoraux. La tumeur est en dedans de ceux-ci. Elle en est séparée par le moyen adducteur. On arrive à la circonscrire, car elle est relativement bien encapsulée. Malgré cela on s'efforce de tailler dans les muscles pour être certain de rester loin et en dehors de tout envahissement néoplasique. A noter que la tumeur est appendue à un pédicule fibro-périostique fixé à la branche ischio-pubienne.

Fermeture sur un gros drain.

Suites opératoires très simples.

Examen de la pièce. — La tumeur est du volume d'une tête de fœtus. Elle est de coloration violacée et de consistance mollassée avec des points pseudo-fluctuants. On la sectionne en son milieu et l'on note l'existence d'une *capsule fibreuse* continue. Le contenu est gélatineux, comparable à de la chair d'anguille.

Examen histologique. — Les fragments montrent un tissu à substance interstitielle relativement abondante, dans lequel on trouve des cellules de dimensions très variables. Les noyaux présentent également un grand polymorphisme. Certains sont énormes et souvent multiples. On songe à des cellules géantes.

Les préparations examinées par différents anatomopathologistes ont donné lieu à de multiples discussions. Pour les uns, il s'agissait d'une tumeur de nature inflammatoire, pour d'autres d'une tumeur conjonctive très maligne, d'un sarcome.

M. le Professeur Masson a bien voulu examiner nos coupes. Il a conclu de façon affirmative à une tumeur d'origine musculaire, à un sarcome rhabdomyoblastique.

Nous avons eu l'occasion de revoir ce malade en no-

vembre 1924. Il allait très bien à tous les points de vue et son état général était parfait. Aucun signe de récidence locale. La cicatrice opératoire restait très souple.

En mars 1925, nous avons eu l'occasion de voir une de ses filles qui a été hospitalisée à la salle Ste-Anne et qui est morte de tuberculose annexielle, ce qui vient confirmer le rôle important qu'a joué le bacille de Koch dans cette famille.

Nous avons revu ce malade le 20 juin 1925. Il revenait à l'hôpital pour une récidence locale. Nous signalons simplement le fait et nous nous proposons de publier en détail la suite de cette observation.

OBSERVATION VI

Tumeur de la cuisse du type clinique : tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux.

M. P..., âgé de 55 ans, entre le 1^{er} mai 1913 à la salle Amédée Bonnet, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de la racine de la cuisse gauche.

A. H.: Parents morts âgés. Un frère et une sœur en bonne santé.

A. P.: Rien à signaler. Marié. Deux enfants. Femme et enfants bien portants.

Il y a un mois et demi environ naquit à la partie interne du triangle de Scarpa une petite grosseur du volume d'une noix. Elle grossit rapidement pour atteindre en 15 jours le volume actuel, c'est-à-dire celui d'une tête de fœtus.

Depuis un mois elle est stationnaire. Un médecin il y a une quinzaine de jours a tenté de la ponctionner. Il a, au dire du malade, retiré peu de chose, un peu de sang et de sérosité.

La tumeur n'a jamais été douloureuse. Elle n'a pas empêché le malade de marcher et de travailler. Actuel-

lement, elle est située immédiatement en dessous du pli inguinal gauche et elle distend les tissus de la racine de la cuisse. Elle commence à déterminer quelques troubles de la circulation : fourmillements, œdème de la cheville.

A la palpation, elle apparaît dure. Il n'y a pas de battements à son niveau.

L'état général du malade est excellent. Un examen complet des divers appareils reste négatif.

L'intervention a lieu le 20 mai 1913.

Nous empruntons les termes de la communication de M. le Professeur Tixier faite à ce sujet à la Société de Chirurgie de Lyon le 19 juin 1913 :

« Grande incision verticale descendant de l'arcade de Fallope au milieu de la cuisse. Ligature de la saphène et recherche des vaisseaux fémoraux, qui étaient intimement unis au néoplasme. Lentement, progressivement, de bas en haut j'isolais la tumeur et arrivais à la soulever, sans difficultés notables, jusqu'au niveau de l'anneau crural. A ce moment, l'opération était finie, lorsque par une traction intempestive, j'arrachais de la veine fémorale une collatérale anormalement développée. Hémorragie veineuse bouillonnante que j'arrêtais par une pince placée parallèlement à la veine béante. Il existait une plaie longitudinale de la veine d'une longueur de 2 cm. et demi au moins.

Rapidement, je terminais l'ablation de la tumeur.

Puis, muni des aiguilles appropriées de Carel, je fermais soigneusement, par deux sujets superposés, la plaie veineuse. Pour faciliter cette suture, j'avais momentanément placé une ligature au-dessous de la plaie. Ligature d'attente au catgut. L'oblitération de la plaie vasculaire fut rapidement exécutée : deux fois malheureusement, je brisais mon fil de soie au moment où, le surjet terminé, j'exécutais le nœud terminal. C'est un détail sur lequel il est bon d'insister : le fil résiste à la traction du surjet, mais se brise aisément lorsqu'on exécute le nœud fixateur terminal.

Je desserrais ensuite ma ligature sous-jacente d'attente : la suture fut immédiatement étanche. Par précaution, je laissais cependant, pendant 48 heures, les deux extrémités du fil de catgut de ligature sortir hors du pansement. A la moindre alerte, il eut suffi d'étreindre dans cette ligature la veine fémorale. Le reste de la plaie hémostasiée et suturée à l'ordinaire, le membre inférieur fut immobilisé dans une gouttière. Il n'y eut aucune suite opératoire digne d'être signalée. Cet homme se lève et marche depuis plusieurs jours, il va quitter demain mon service. Il n'a jamais présenté le moindre œdème malléolaire : il a cependant 55 ans.

Voici donc une suture vasculaire qui a été très simple dans son exécution comme dans ses conséquences. Je sais bien qu'elle était facile parce qu'elle a porté sur un gros vaisseau, la veine fémorale et parce qu'il s'agissait d'une plaie longitudinale. Il est cependant bon de signaler ces cas et de montrer qu'en présence d'une plaie vasculaire de près de 3 cm. de longueur, un chirurgien quelconque peut aisément, au lieu d'une ligature banale, conserver la continuité du vaisseau par une suture aisément exécutée.

Ce gros sarcome était télangiectasique, et point intéressant, il présentait un véritable pédicule d'insertion à la branche montante du pubis entre les fibres dissociées du pectiné ».

Ayant demandé des nouvelles de ce malade, le Docteur Gérard de Bressieux nous a très obligeamment répondu que le malade avait récidivé in situ très rapidement et qu'il était mort le 17 septembre 1913, en quelques minutes d'une hémorragie externe profuse.

OBSERVATION VII

Tumeur récidivée des parties molles de la cuisse du type clinique : tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux.

M. O..., âgé de 59 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur de la cuisse.

Celle-ci a débuté en février 1912, à l'occasion d'un traumatisme, dit le malade. C'était tout d'abord un petit nodule de la grosseur d'une noisette, très mobile sur les plans profonds et sous la peau.

A cette période le malade ne s'inquiète pas, mais la tumeur grossit rapidement, sans douleur et sans réaction inflammatoire. Cependant, malgré l'absence de signes fonctionnels, le volume de la tumeur (une orange) conduit le malade chez un chirurgien qui, en août 1913, en fait l'ablation, en même temps qu'il enlève largement les parties saines ou semblant telles. Le malade guérit simplement et reprend son travail.

La période de guérison est courte. En février 1914, la tuméfaction réapparaît. Elle augmente plus rapidement que la première fois. On fait sur elle de la radiothérapie sans résultat.

En juin 1914, le malade entre à l'Hôtel-Dieu (salle St-Philippe) avec une grosse tumeur siégeant sur la face antéro-externe de la cuisse et remontant jusqu'à l'aîne. Celle-ci mobile avec le quadriceps n'adhère pas à l'os. Pas d'expansion. Pas de battements. La peau à son niveau est violacée, mais le malade attribue cette coloration à la radiothérapie. Pas d'adénopathie. Etat général très satisfaisant. Pas de température.

Intervention le 23 juin 1914. — Immense incision parallèle au couturier allant de l'arcade de Faloppe au genou. On repère le couturier et les vaisseaux fémoraux qui sont disséqués sur toute leur étendue. Puis sous le droit antérieur et les vastes on perçoit la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, entre les fibres dissociées.

A la partie inférieure, au niveau de l'ancienne cicatrice, la tumeur adhère à la peau et aux muscles voisins. On l'ouvre et il s'écoule un magma rougeâtre chair d'anguille.

On fend alors la tumeur du genou au pli de l'aîne et on extrait une cuvette de ce magma décrit. Puis on extirpe largement les deux moitiés de la poche dont le fond est en contact avec le fémur.

Excision d'une grande partie de la peau brûlée par les rayons X. Fermeture sur un drain. Suites simples.

Cette observation montre qu'il est possible de faire l'ablation de ces énormes masses néoplasiques, en respectant les vaisseaux, en conservant le membre.

Nous avons appris que le malade était décédé en août 1915. Mais la cause de sa mort nous reste inconnue.

OBSERVATION VIII .

Tumeur des parties molles de l'avant-bras :

1° *Intervention conservatrice ;*

2° *Amputation ;*

3° *Mort deux ans après.*

M. T..., âgé de 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, en avril 1919, pour une volumineuse tumeur de la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté en 1913 par une petite tumeur de l'avant-bras, dont le volume s'accrut progressivement. Cinq ou six mois après son apparition, alors que son volume atteignait celui d'un œuf de poule, la tumeur fut enlevée. Guérison en 20 jours, sans incident.

A la fin de 1915 reparut un petit noyau sur la partie inférieure de la cicatrice. Il s'accrut progressivement et, actuellement, il atteint en bas le poignet et en haut il se rapproche du pli du coude.

La gêne fonctionnelle conduit le malade à l'hôpital.

A l'entrée : Malade ayant conservé un excellent état général.

La face antérieure de l'avant-bras est déformée par une volumineuse tumeur remontant jusqu'au tiers supérieur et s'étendant en bas presque jusqu'au poignet. Cette tumeur est régulièrement arrondie, de consistance molle et sans fluctuation vraie. La température locale est plutôt un peu augmentée. Il n'y a pas d'adhérences à la peau et au plan osseux.

La main est en flexion sur l'avant-bras. Les doigts sont également fléchis et la rétraction porte surtout sur le médus et l'index. Lorsqu'on essaie d'étendre ceux-ci on mobilise la tumeur.

Il n'y a pas d'adénopathie épitrochléenne et axillaire.

Examen le 11 mai 1919. — On tente une amputation haute de l'avant-bras en désinsérant les muscles épitrochléens. Ceci dans le but de conserver l'articulation du coude. La chose étant impossible, on pratique une amputation basse de l'humérus après désarticulation préalable du coude.

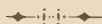
Examen de la pièce. — Il s'agit d'une volumineuse tumeur d'aspect sarcomateux développée dans les interstices musculaires. En bas, la tumeur est décollable et limitée par une mince toile celluleuse. En haut, elle commence à adhérer aux muscles profonds sur le bord cubital. Le nerf médian passe en pleine tumeur. Le paquet vasculo-nerveux de chaque côté passe sur le bord de la tumeur et y adhère.

Le malade quitte le service complètement cicatrisé trois semaines après cette intervention.

Nous avons appris qu'il était mort le 7 décembre 1922, mais nous ignorons la cause de son décès.

TROISIÈME PARTIE

DU CONJONCTIVOME DES MEMBRES
DIT
DE LA GAINÉ DES VAISSEAUX



Définition.

On entend par tumeur de la gaine des vaisseaux une tumeur conjonctive, née du tissu cellulo-gras-seux qui accompagne dans les membres les troncs vasculo-nerveux.

Le tissu qui forme cette gaine présente une véritable individualité. De par sa topographie, sa constitution et son abondance, il réalise vraiment à ce niveau une formation un peu spéciale. Il est, en effet, constitué par des éléments conjonctifs divers, les uns de densité fibreuse et aponévrotique, les autres, plus lâches, rappelant le tissu cellulaire sous-cutané.

Au point de vue anatomique ce tissu, toujours nettement différencié, réalise une sorte d'atmosphère conjonctive aux vaisseaux qu'il entoure. Il matelasse leur trajet et les enveloppe dans les interstices musculaires qu'ils parcourent, à la manière d'une aponévrose élastique de protection.

Les tumeurs qui en dérivent, tumeurs profondes, sous-aponévrotiques, en relation intime avec les troncs vasculaires, méritent pour cette raison leur

nom. Leur fréquence assez grande, leurs rapports et leurs caractères habituels de malignité font bien de ces conjonctivomes un type clinique qui présente une certaine autonomie.

Nous ne voudrions cependant, en aucune façon, que cette tentative de définition prétende à une précision à laquelle nous sommes les premiers à ne pas croire, et il nous faut dès à présent formuler des critiques. Ces tumeurs siègent au niveau des troncs vasculaires principaux. Le type en est réalisé par celles qui évoluent au contact de l'artère fémorale ou de l'artère humérale par exemple. A ce niveau, la gaine vasculaire est nette. Il est permis d'accorder à ces tumeurs une définition topographique, mais en est-il toujours ainsi ?

On peut se demander quelles sont les limites précises de cette gaine. Où commence-t-elle ? A partir de quand ne mérite-t-elle plus son nom ? Anatomiquement, la gaine continue le trajet des vaisseaux, quel que soit leur calibre, et elle accompagne leurs branches de divisions successives en un réseau progressivement décroissant. Ces tumeurs devraient donc théoriquement se rencontrer au niveau de tous les vaisseaux, quelle que soit leur importance.

Or, il faut reconnaître qu'à partir d'un certain point il est difficile de dire quel est le rapport exact entre une tumeur et la gaine d'un vaisseau donné. Les conjonctivomes de l'avant-bras, développés dans les interstices musculaires complexes de cette région, sont-ils vraiment des tumeurs de la gaine de l'artère radiale ou de l'artère cubitale ? On ne sait comment

répondre. Un exemple en est fourni par notre observation III, qui a trait à une tumeur conjonctive de la main. La même question se pose. S'est-il agit là, au niveau du premier espace intermétacarpien, d'une tumeur de la gaine de l'artère radiale et lors de la récurrence dans la paume, d'une tumeur de la gaine de l'arcade palmaire profonde ? On aperçoit la futilité d'un pareil raisonnement. Il a l'avantage de montrer seulement combien sont mal posées les limites exactes de ces tumeurs. Dans notre observation, on pourrait objecter que l'origine véritable était dans une aponévrose ou dans une gaine synoviale. Il est impossible d'affirmer dans un sens ou dans l'autre. Nous posons en principe qu'on ne peut pas au point de vue histologique dire quel est le point de départ exact d'une tumeur conjonctive quelconque des membres, et cela même après examen de préparations nombreuses. Bien plus, l'étude clinique et macroscopique de la tumeur, sa dissection même, ne lèvent pas toujours les doutes.

Il y a enfin quelque chose d'un peu paradoxal à vouloir individualiser tout à fait ces tumeurs après avoir demandé, comme nous l'avons fait dans notre étude sur les néoplasies conjonctives en général, une unification. Nous conservons entière cette idée de simplification et au point de vue anatomo-pathologique en particulier ces tumeurs entrent bien dans le groupe commun des conjonctivomes. Elles ne correspondent en aucune façon à un type histologique défini.

Il subsiste cependant des productions tumorales

présentant des rapports étroits avec la gaine vasculaire et avec les troncs artériels et veineux principaux du membre. Ce sont elles que nous voulons plus particulièrement étudier. Ces tumeurs de la gaine des gros vaisseaux présentent certains caractères cliniques qui les distinguent un peu, mais au fond nous ne voudrions voir dans celles que nous envisageons qu'une façon de se présenter des tumeurs conjonctives en général, et ce que nous en dirons resterait applicable à l'étude des conjonctivomes, quelle que soit leur localisation.

Les rapports spéciaux des tumeurs de la gaine ne posent en somme que quelques points de technique opératoire. Par ailleurs elles se confondent avec les conjonctivomes en général.

La richesse plus grande du tissu conjonctif autour des vaisseaux fémoraux fait la fréquence des tumeurs de cette région. C'est pourquoi nous disons dès maintenant que nous les prenons comme type de notre description. Leur histoire réalise en quelque sorte le schéma que l'on peut transposer à un niveau quelconque des différents segments des membres.

Historique. ⁽¹⁾

La question de la tumeur de la gaine des vaisseaux a préoccupé les chirurgiens depuis fort longtemps. Malgré leur fréquence relative et malgré les travaux d'ensemble et les observations isolées qu'elles ont suscitées, on reste étonné de l'absence d'un chapitre spécial à leur propos dans les traités classiques.

Le terme de tumeur de la gaine des vaisseaux paraît remonter à une description faite en 1860 par Langenbeck (44). La question est alors posée de leur existence et de leurs caractères propres, mais il subsiste encore bien des obscurités sur leur origine exacte et en particulier sur leur classification anatomo-pathologique. L'époque à laquelle a été écrite cette publication excuse évidemment bien des imprécisions, si l'on songe qu'alors était encore mal faite la distinction entre les tumeurs conjonctives et les tumeurs épithéliales. Langenbeck conclut du reste que ces tumeurs se développent aux dépens des lymphatiques des parois vasculaires ou des ganglions

(1) Les numéros placés au côté des noms d'auteurs reportent à l'index bibliographique.

environnants, et explique ainsi l'envahissement rapide de l'atmosphère vasculaire.

En 1869, Verneuil (102) et Demarquay (18), publient chacun une observation dans la *Gazette des Hôpitaux*. Kirmisson (42) dans un mémoire paru dans *Revue de Chirurgie* de 1886, attire à nouveau l'attention sur elles, mais il s'en tient à leur localisation au niveau du triangle de Scarpa et traite plus particulièrement de la question technique chirurgicale.

Il faut arriver au travail très consciencieux et très complet de Carl Regnault (84), en 1887, pour aborder la question tout entière sous ses différents aspects.

Nous avons lu et traduit intégralement ce long mémoire de l'élève de Czerny, dans lequel il passe en revue toutes les observations publiées jusqu'alors et y ajoute celles de son maître.

Il reste encore incontestablement imprégné des idées de Langenbeck, mais dans les nombreuses observations qu'il rapporte on individualise déjà plus nettement les tumeurs dont on ne peut nier, dit-il, le point de départ dans la gaine des vaisseaux. Il affirme leur existence là où il n'y a rien aux lymphatiques et là où il n'y a pas de ganglions. Il englobe dans son travail les tumeurs des gaines des vaisseaux du cou, et de ce fait rend la question un peu plus compliquée, en ce sens qu'il comprend très certainement dans ses observations des métastases ganglionnaires de tumeurs primitives siégeant en d'autres points où elles ont passé inaperçues. Il met cependant en garde contre cette erreur d'interprétation.

Cette région cervicale restera exclue du cadre de notre description. Elle est un rendez-vous lymphatique important, une région essentiellement tourmentée dans son histoire embryogénétique. Elle relève d'une pathologie complexe bien différente de celle que nous envisageons.

Quoiqu'il en soit, Carl Regnault met la question sur son véritable terrain, en définissant la gaine « die Gefässscheide » et en la considérant comme l'atmosphère fibreuse des vaisseaux. Il subdivise cependant et estime que les tumeurs peuvent se développer d'une part dans les parois même des vaisseaux, d'autre part en dehors d'elles. Ce travail est de beaucoup le plus important qui ait été écrit sur cette question. Il apporte 14 cas de tumeurs de la gaine des vaisseaux à localisation axillaires, poplitées ou fémorales. Deux observations sont particulièrement intéressantes, parce qu'elles ont été suivies avec soin dans leur évolution. Un des malades fut amputé et mourut d'une métastase pulmonaire un an et demi après cette intervention. Il ne présentait pas de récurrence locale. L'autre refusa l'amputation. On pratiqua l'exérèse de la tumeur. Le malade mourut deux mois plus tard, avec une récurrence dans la cicatrice.

A côté des points particuliers que soulève le travail de Regnault, il se dégage une impression générale. C'est tout d'abord la difficulté opératoire que crée la proximité des vaisseaux fémoraux, et ensuite l'impossibilité de préciser les éléments d'un pronostic quelconque. Nous aurons à revenir sur la discussion de ces données.

La thèse de Rafin (82), sur le myxome diffus du tissu cellulaire des membres, avait été soutenue en 1885, trois ans avant l'article de Regnault. Ce dernier ne fait aucune allusion au travail de Rafin parce qu'il considère probablement le myxome diffus comme une tumeur très différente.

A la lecture des observations de Rafin, il nous semble cependant qu'on puisse considérer certaines d'entre elles comme des conjonctivomes de la gaine. Dans cinq cas notamment sont signalés les rapports étroits avec les vaisseaux (deux fois avec l'artère fémorale ; une fois avec l'artère poplitée, et deux fois avec l'artère humérale) .

En 1897, Clerc (12), guidé par M. Villard, résume dans sa thèse l'histoire des myxo-lipomes de la face interne de la cuisse. Là encore il s'agit de tumeurs qui se rapprochent très certainement de celles que nous étudions. On observe fréquemment, et Clerc le signale, leur connexion avec les vaisseaux fémoraux et cela même pour ces tumeurs volumineuses qui ont pour caractère de s'énucléer, de faire une saillie énorme et de n'être reliées dans la profondeur que par une base d'implantation.

La thèse de Chevrolle (11), en 1898, sur les sarcomes primitifs de l'aîne, se résume à une étude relativement brève qui rappelle les observations parues, sans ajouter vraiment à la question.

En 1901, MM. Thévenot et Patel (97), dans une revue générale très complète, traitent des myxo-lipomes de la cuisse. Ces auteurs placent l'origine de ces tumeurs dans le tissu cellulaire intermusculaire. Il

y a des points communs entre les néoplasmes qu'ils étudient et les conjonctivomes des gaines vasculaires.

Merlat (63), en 1908, dans sa thèse inspirée par Leriche, parle de quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. On y trouve des observations fort intéressantes. Entre autres celles de Potherat et de Schwartz, communiquées déjà à la Société de Chirurgie de Paris, et avec elles de nombreuses observations lyonnaises. En particulier, celles de Jaboulay et de ses élèves Gauthier, Rivière et Duvernay, et celles de Delore et de Villard.

La plupart de ces cas réalisent bien le type de tumeur dite de la « gaine des vaisseaux » qui nous intéresse. Qu'on nous permette cependant une critique. Il y a là l'histoire de huit malades. L'un était encore guéri six mois après une intervention locale. Un autre ne présentait aucune trace de récurrence huit mois après son intervention, mais mourait cependant quelques mois plus tard d'une métastase pulmonaire. A part ces deux cas, il faut convenir que les autres observations restent silencieuses sur les suites éloignées. Leur histoire se termine sur des résultats opératoires immédiats, favorables, et les malades sont perdus de vue. C'est par analogie seulement qu'il a été permis de parler de malignité pour cet ensemble, mais on doit reconnaître que ce manque de documentation sur l'évolution de telles tumeurs dans le temps constitue un écueil sérieux. Nous convenons les premiers des difficultés qui se présentent lorsqu'on cherche à combler cette lacune. Il reste néanmoins certain que les suites éloignées réalisent l'élé-

ment le meilleur pour se faire une idée exacte du pronostic et pour conclure avec assurance à une thérapeutique précise. L'histoire des tumeurs des gaines des vaisseaux s'enrichit encore des observations de Gouilloud (34), dans le *Lyon Médical*, en 1909, et de Viannay (104), dans le *Lyon Chirurgical* de 1914.

En 1913, Ferrarini (28), de Pise, reprend la question, isole dans la littérature à cette époque une vingtaine de cas et ajoute ses observations personnelles. Son travail sur les tumeurs primitives des gaines vasculaires est analysé dans le *Journal de Chirurgie* en 1913. L'auteur adopte en général les conclusions de Carl Regnault.

Il faut citer enfin le mémoire de Kellog Speed (41), résumé dans le *Journal de Chirurgie* en 1925. Il traite des lipomes de la cuisse et apporte quatre observations nouvelles. La première nous paraît tout à fait typique. Elle résume l'histoire schématique des tumeurs de la gaine des vaisseaux et les difficultés d'interprétation histologique suivant les différents stades évolutifs.

Ces documents, à un premier examen, apparaissent variés. Les titres de ces divers travaux diffèrent en général. On arrive cependant, à leur lecture attentive, à reconnaître en eux une directive unique. Ils englobent pour ainsi dire les types cliniques des tumeurs conjonctives des membres, et en particulier celles de la gaine des vaisseaux. On se croit alors autorisé à se faire une opinion à leur sujet.

Etude Anatomique.

A.— Etude macroscopique.

Il est difficile de donner un aperçu exact de la genèse des tumeurs de la gaine des vaisseaux, car leur début passe le plus souvent inaperçu. Leur petit volume et leur indolence, qui sont leurs caractéristiques à ce stade, paraissent expliquer qu'elles aient assez peu arrêté l'attention et on reste assez désemparé pour établir leur description précise. On peut toutefois en dire qu'elles se montrent sous forme d'une petite tumeur unique et arrondie, mobile dans tous les sens et sur tous les plans voisins, localisée enfin sur le trajet du paquet vasculaire. La consistance en est élastique et rénitente. Cette tumeur présente en somme, à cette période, une assez grande indépendance. Lisse et encapsulée, cachée sous l'aponévrose d'enveloppe du membre, qui estompe la netteté de ses caractères, elle présente avec les vaisseaux un simple rapport de voisinage. Elle ne leur adhère en aucune façon. L'artère et la tumeur n'influent absolument pas l'une sur l'autre.

Pratiquement, lorsque les tumeurs ont été enlevées chirurgicalement à cette période, il s'est agi le plus souvent d'une intervention ultra simple, sous anesthésie locale. C'est même un fait curieux de voir combien souvent est resté dans l'ombre ce premier temps. Tout se resume à l'ablation aisée d'une petite masse, d'aspect grasseux ou fibreux, dont le volume restreint et l'aspect ont semblé peu dignes d'intérêt.

On a rarement accordé une certaine importance à cette néoplasie et le plus souvent on a, du fait de son clivage facile, volontiers pensé à sa bénignité.

Il n'en va plus de même lorsqu'on arrive à une période plus avancée. La tumeur, de par sa masse, attire l'attention. Les descriptions sont alors plus complètes.

La petite tuméfaction du début, soit après une période de latence pendant laquelle elle a pu rester stationnaire fort longtemps, soit par évolution progressive plus ou moins rapide, est devenue une tumeur importante. Ses dimensions sont alors très variables ; on a pu la comparer à une orange, à une tête de fœtus, à une tête d'adulte, ce qui donne une idée de sa forme généralement arrondie. Parfois même elle a pu atteindre des proportions énormes. M. Villard en a présenté un cas, dont le poids atteignait 22 kilos, et la circonférence de la cuisse mesurait à ce niveau 1 m. 20.

Lorsqu'on définit ces tumeurs, quant à leur localisation, on parle volontiers de tumeurs de la face interne de la cuisse. Elles sont en effet situées sur

le trajet des gros vaisseaux, le plus souvent à un niveau quelconque, de préférence cependant au tiers moyen de la cuisse ou vers la pointe du triangle de Scarpa. Quelle que soit leur dimension, la peau reste absolument normale, mobile, non envahie. Elle peut présenter une circulation veineuse un peu exagérée, mais sa température locale n'est en rien modifiée.

L'indépendance vis-à-vis des plans profonds est également absolue. Dans le relâchement musculaire la tumeur se mobilise dans tous les sens. Si l'on fait au contraire contracter les muscles elle se fixe plus ou moins. Elle doit cette fixité à sa situation sous-aponévrotique et à ses rapports avec les interstices musculaires.

La palpation donne des sensations un peu différentes, suivant les cas. Il y a en effet, dans les grandes lignes, pour ces tumeurs deux façons de se présenter. Ou bien elles évoluent à l'extérieur, comme si elles tendaient à s'énuccléer au dehors des masses musculaires pour se pédiculiser grossièrement, ou bien au contraire elles apparaissent sous forme d'une masse diffuse plus profondément située, infiltrant la cuisse et la déformant en totalité. Ces dernières plongent dans les interstices musculaires, sont fixées à leur niveau et fusent le long de la gaine des vaisseaux.

La palpation limite aisément ces grosses masses à évolution excentrique, véritables besaces appendues aux membres. Leur consistance varie suivant les points. Elle est le plus généralement molle, pâ-

teuse par endroi, plus dure et résistante par ailleurs.

Les tumeurs profondes, plus diffuses, sont moins facilement délimitées. Elles donnent l'impression d'être bridées par l'aponévrose superficielle du membre qui les dissimule en quelque sorte et les étale. Leur densité est inégale. Elles donnent fréquemment une sensation de fausse fluctuation et bien souvent, pour cette raison, on les ponctionne.

Les constatations opératoires ou la dissection de ces tumeurs sur des membres amputés permettent des précisions plus grandes.

Elles montrent tout d'abord l'indépendance entière de la tumeur avec la peau et le tissu cellulaire sous cutané. Il faut parfois inciser le manchon aponévrotique pour arriver, sur la tumeur qui, alors, fait saillie au niveau de cette brèche. L'aponévrose peut être simplement distendue et amincie. Quelquefois elle s'effondre ou bien encore la masse tumorale fait hernie à la faveur d'une déhiscence. C'est le cas, par exemple, au niveau du fascia cribriformis et les observations signalent des tumeurs en bouton de chemise développées dans la profondeur près des vaisseaux, étalées sous le fascia et herniées par la fosse ovale.

La lobulation est un des caractères particuliers de ces tumeurs, qui se présentent le plus souvent avec une masse principale, d'où partent des lobes multiples de dimensions variées. La totalité de ces formations apparaît extérieurement bien limitée et lisse, du fait de la présence d'une capsule. Cette dernière existe pour ainsi dire toujours. Elle varie cependant

quant à son épaisseur. On la trouve parfois nettement individualisée, épaisse et résistante, d'autres fois, au contraire, très amincie, simple voile celluloux, et l'on a pu parler de pseudo-capsule.

La tumeur peut évidemment effondrer cette barrière, qui s'amincit progressivement, éclate et permet alors au néoplasme d'infiltrer plus directement et plus intimément les éléments voisins. Nous verrons que cela reste surtout le fait des tumeurs de récidives.

On a pu envisager la capsule, non pas comme une cloison limitante, mais bien comme une zone d'invasion. On ne voit du reste pas toujours très bien pourquoi, car il est des cas où elle est très nettement individualisée, histologiquement constituée par un tissu fibro-conjonctif dense, souvent épais et ne présentant pas de signes de malignité. On a alors l'impression d'une véritable barrière de protection.

Macroscopiquement, le tissu tumoral revêt les aspects les plus variés. Une coupe de la tumeur et de ses lobes rencontre des formations de consistance très dissemblable. Tantôt la tumeur est constituée par du tissu graisseux plus ou moins associé à des travées fibreuses, tantôt elle est d'apparence molle, diffuante, gélatineuse, tantôt elle rappelle le tissu cérébral ou, par endroit, devient plus dense, parfois résistante, dure, osseuse. La masse tumorale peut être de constitution homogène en tous les points, ou au contraire présenter à la fois les apparences variées dont nous venons de parler.

La présence d'une capsule conditionne les rap-

ports avec les organes voisins. Elle crée un plan de clivage qu'il importe de bien connaître. Les muscles proches de la tumeur peuvent, du fait de compressions plus ou moins marquées, se modifier dans leur coloration, adhérer et paraître envahis. Malgré ces apparences ils restent indépendants et peuvent être séparés. Si la capsule est très fine elle permet un certain modelage de la tumeur. Celle-ci peut alors envoyer des prolongements dans les interstices profonds et pénétrer dans les muscles. La libération est alors infiniment plus délicate, impossible même, sans sacrifice musculaire. Il faut cependant reconnaître que les tumeurs ont relativement peu de tendance à effondrer les aponévroses musculaires. Elles les respectent et cet envahissement devient surtout le fait des tumeurs de récidence. Nous en reparlerons ultérieurement.

Un caractère important réside dans les rapports vasculaires. Les tumeurs touchent aux vaisseaux et, dans leurs formes diffuses, elles suivent les gaines vasculaires qui se comportent un peu comme des fils conducteurs. C'est ainsi qu'on a signalé des tumeurs s'étendant du triangle de Scarpa au canal de Hunter, exigeant des dissections difficiles des vaisseaux fémoraux sur toute leur étendue. En général cependant leur extension n'est pas aussi considérable. Elles entourent le paquet vasculaire sans le dissocier et, fait assez remarquable, sans le comprimer. Les rapports habituels entre l'artère et la veine sont respectés et les gros vaisseaux conservent leur situation anatomique normale sans être refou-

lés. Il est capital, au point de vue opératoire, de considérer cette disposition. L'envahissement de l'atmosphère laisse indemne les parois vasculaires et permet le plus souvent, pour ne pas dire toujours, un clivage relativement facile.

Il apparaît que les anciennes observations insistent sur la crainte causée par le voisinage vasculaire. Il aurait souvent été la raison d'une abstention, par peur d'une intervention jugée par ce fait dangereuse ou impossible. Il y a très certainement là une exagération et les observations récentes montrent combien est aisée cette libération autrefois si redoutée.

Il faut néanmoins établir une certaine différence entre la façon de se comporter de l'artère et de la veine. L'artère, plus solide, plus élastique, peut-être aussi du fait de ses pulsations, résiste à l'envahissement et à la compression. La circulation à son niveau persiste normale, le pouls en aval de la tumeur ne se modifie pas. Il reste synchrone aux pulsations cardiaques. Il n'est ni diminué, ni retardé par comparaison avec le côté sain. Le souffle systolique, extériorisation d'une gêne circulatoire compressive, n'est pour ainsi dire jamais signalé.

Les conditions sont différentes pour la veine et les modifications veineuses se reflètent par une circulation collatérale exagérée, particulièrement au niveau de la tumeur, souvent par des fourmillements et de l'œdème du membre inférieur. La veine se laisse plus aisément comprimer et c'est logique si l'on considère la fragilité de ses parois et la tension

moindre de sa circulation. Regnault insiste sur ces altérations. Il a observé une veine fémorale méconnaissable et remplie de masses néoplasiques. Il signale la fréquence des thrombus à son niveau et dit qu'une observation poussée est nécessaire pour vérifier l'état de la paroi vasculaire et de son contenu. Une veine pourrait, suivant lui, paraître très saine extérieurement et contenir un caillot à son intérieur, ou bien encore ses parois ne se montrent épaissies et envahies qu'à une palpation attentive. Il nous semble exagéré de croire à la fréquence de ces lésions. Sur une tumeur primitive tout se limite en général à une simple compression.

Il subsiste cependant un danger opératoire un peu spécial du fait de la disposition anatomique des collatérales veineuses. Celles-ci peuvent être entraînées dans les manœuvres d'énucléation de la tumeur, être arrachées au niveau de leur point d'aboutissement sur la veine principale et créer ainsi une plaie latérale, source d'hémorragie profuse, impressionnante, difficile à traiter. Le compte rendu opératoire de M. le Professeur Tixier (Obs. VI) relate un exemple très net de cet accident et de sa thérapeutique.

Il faut noter encore la pauvreté vasculaire de ces tumeurs, qui contraste avec l'intimité de leurs rapports avec les vaisseaux. Les auteurs, dans leurs exérèses locales, signalent la facilité de l'hémostase et le peu de vaisseaux que reçoit la capsule. Il n'y a pas, comme on a des tendances à le croire, de pédicules vasculaires individualisés et l'interven-

tion se trouve ainsi très peu hémorragique.

Les troncs nerveux ne sont pas envahis et cependant ils présentent fréquemment des rapports très intimes avec la tumeur. Souvent même, ils la traversent. La dissection et la libération des nerfs, dans ce cas, se montrent toujours très faciles et on est étonné de voir combien il est aisé de les respecter et de conserver leur continuité.

Par rapport au squelette l'indépendance est absolue. En général, la tumeur n'arrive pas au contact de l'os. Elle peut cependant quelquefois s'attacher à lui par un pédicule fibro-périostique étroit. Quoiqu'il en soit, elle ne modifie en rien l'architecture du squelette. Les fractures spontanées n'ont jamais été notées.

Il est classique de signaler l'absence d'envahissement du système lymphatique. Les ganglions tributaires sont indemnes.

Nous avons insisté déjà sur l'indépendance et la mobilité de la peau au niveau de la masse tumorale. La peau, en effet, se distend simplement et l'observation de M. Villard, où les téguments restent intacts sur une tumeur de 22 kilos, en est un bel exemple.

Nous croyons cependant qu'il y a, pour certaines tumeurs volumineuses tendant à évoluer vers l'extérieur et siégeant dans le voisinage de la région périnéale, des possibilités d'infection avec porte d'entrée cutanée. Le poids de ces tumeurs crée des points de frottement, des éraillures minimes, dont l'inoculation est facilitée par la flore microbienne particulière de la région. La peau s'œdématie, présente un

aspect erysipelateux et l'infection atteint la tumeur. Les accidents sont alors d'une extrême gravité. Le tissu conjonctif en lui-même se défend mal, la vascularisation restreinte de la tumeur ajoute encore un élément à cette défense défectueuse. Veyrassat rapporte une observation typique à ce point de vue. Nous avons eu nous-même l'occasion d'en observer un cas. Il n'en reste pas moins que ce sont là des exceptions.

Il nous faut, en dernier lieu, envisager la question très particulière des *récidives* et des *métastases*.

La *récidive locale* est pour ainsi dire la règle et les tumeurs de récidive présentent, par certains côtés, des caractères spéciaux. Elles évoluent en effet dans une région où le bistouri a certainement apporté des modifications. C'est ainsi que ce sont des tumeurs plus superficielles, distendant la peau et la cicatrice de l'intervention antérieure. Cette cicatrice, souvent très étalée, mince, violacée, peut s'effondrer. Le tégument, à ce niveau, est en somme essentiellement fragile et donne l'impression d'être adhérent.

La tumeur se présente sous la forme de lobes arrondis souvent multiples. Elle peut également se limiter à une masse unique, lobulée, parfois très volumineuse. Il subsiste en général une capsule, mais celle-ci est frêle, souvent absente en certains points et l'envahissement des plans profonds, en particulier des muscles, est fréquent. Les masses musculaires ont souvent, au cours des opérations préalables, été entaillées et sectionnées. Les muscles présentent

ainsi des adhérences nombreuses et de véritables portes d'entrée. On a discuté pour savoir s'il s'agissait là de récurrence vraie ou plutôt de continuation de la tumeur aux dépens de lobes néoplasiques ayant échappé à la première opération. Les chirurgiens penchaient plutôt pour des récurrences ayant pour la plupart eu cette satisfaction très particulière que donnent ces tumeurs après leur exérèse locale, d'avoir disséqué facilement et complètement le mal. Potherat amorça le problème en invoquant la présence de petits lobes cachés à distance dans les interstices musculaires. Guillaud apporta la preuve de cette façon de voir. A l'occasion d'une observation dans laquelle il signale, après dissection d'une pièce d'amputation, un noyau de propagation intramusculaire gros comme un pois et éloigné de la tumeur.

Il serait évidemment, au point de vue thérapeutique, tout à fait important d'apporter de nouvelles preuves semblables.

Restent les métastases. Classiquement, elles sont rares et on ne peut les invoquer devant ces tumeurs qui, après des exérèses multiples, se prolongent dans le thorax pour le membre supérieur et sous l'arcade crurale pour la cuisse. Elles existent cependant. On trouve des observations assez nombreuses de métastases pulmonaires dans les évolutions de tumeur du membre inférieur par exemple. Nous apportons un cas de métastase dans le sein (Obs. I) et un autre de métastases multiples dans le squelette (Obs. III).

Ces métastases restent, à notre sens, le fait des

tumeurs auxquelles se sont adressées des interventions locales successives. Il nous semble que toutes les opérations *in situ* les favorisent et à tel point que l'on pourrait presque affirmer qu'elles n'existent pas pour les tumeurs dont l'évolution est restée à l'abri de toute thérapeutique sanglante.

Pour résumer ces notions anatomiques générales sur les tumeurs conjonctives dites de la gaine du vaisseau, on peut emprunter à Lecène, en l'adaptant, sa description des conjonctivomes pranéphrétiques. C'est démontrer une fois de plus les relations évidentes de toutes les tumeurs conjonctives entre elles.

« De volume en général assez considérable, toujours sous-aponévrotique, de consistance variable, mollasse et pseudo-fluctuante en certains points, dure et comme fibreuse en d'autres, de forme assez régulière, le plus souvent multilobée, creusée de sillons, hérissée de saillies, de couleur gris jaunâtre ou rosée, généralement peu vascularisée par elle-même, entourée d'une capsule conjonctive qui en permet l'énucléation relativement facile, telle est la tumeur de la gaine des vaisseaux, le plus habituellement rencontrée. »

Aucun de ces caractères n'est spécifique.

B.— Histologie pathologique.

Ce que nous avons dit dans notre étude générale des tumeurs conjonctives, nous autorise à être bref. Nous envisagerons seulement certains points.

Pour le détail des aspects microscopiques, nous renvoyons aux protocoles anatomo-pathologiques de nos observations et à leurs illustrations.

Nous insistons à nouveau sur la variété des structures et des aspects rencontrés. Il en est là comme de toutes les tumeurs d'origine conjonctive, quelles que soient leurs localisations.

Nous ne saurions mieux faire que de suivre les conseils donnés par Lecène, le maître incontesté de cette anatomo-pathologie chirurgicale qu'il envisage d'un point de vue si large, étant donné qu'il réunit en lui-même cette collaboration étroite entre la clinique, l'acte opératoire et le microscope.

Lecène a montré, après étude de 100 observations de tumeurs paranéphrétiques, que l'examen histologique a donné une foule de catégories et cela en s'en tenant à la série conjonctive seule. Pour aller du lipome simple au lipofibromyomxostéosarcome, il ne passe pas par moins de onze variétés différentes. Cette liste hétéroclite et quelque peu rébarbative révèle une fois de plus le polymorphisme des tumeurs conjonctives. Il ajoute, et on ne saurait trop abonder dans ce sens, qu'il ne faudrait pas se laisser trop impressionner par les lipomes et croire qu'il

s'agit toujours de cette variété de tumeurs innocentes et bénignes entre toutes que l'on rencontre quotidiennement au niveau du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Il y a lipome et lipome. Le pathologiste, sur ces tumeurs volumineuses, se contente souvent de couper un ou deux points de la masse néoplasique et conclut à la bénignité, mais si on a soin de multiplier les coupes et de les faire porter en des endroits d'aspects macroscopiques différents, on est étonné de voir combien par exemple ce lipome, si bénin et si typique en certains points, devient suspect en d'autres.

Pour ce qui est de la tumeur de la gaine des vaisseaux en particulier, on peut dire que le type rencontré le plus souvent entre dans la classe des conjonctivomes malins. Il en est cependant de bénins (Obs. II). Mais ils sont incontestablement plus rares.

Etude clinique.

Symptomes.

La localisation à la cuisse réalise le type le plus fréquemment observé des tumeurs de la gaine des vaisseaux.

Nous nous en tiendrons à lui. La description clinique, que nous envisagerons seulement dans ses grandes lignes, est du reste tout à fait classique. C'est en effet moins par leurs symptômes que par leurs modes d'évolutions que se caractérisent ces tumeurs.

Le tableau habituel est le suivant.

La tumeur, au début, passe le plus souvent longtemps inaperçue. Son indolence et son évolution insidieuse sont bien alors ses caractères les plus saillants. C'est par hasard, à l'occasion d'un traumatisme ou d'un examen fortuit, qu'est révélée la présence d'une tumeur petite, atteignant approximativement le volume d'une mandarine. Elle est toujours unique, de forme arrondie, sous-aponévrotique, située sur le trajet des vaisseaux fémoraux, soit en avant d'eux, soit sur leur côté. Sa consistance est élastique ou rénitente, sa mobilité entière dans tous les sens dans

les positions de relâchement. Les contractions musculaires la fixent parfois partiellement. Les téguments sont indemnes, souples et mobiles. C'est bien le hasard seul qui révèle cette tumeur indolore et la région où elle se situe ne se déforme pour ainsi dire pas.

Au dire des malades, il peut en être longtemps ainsi et les exemples sont fréquents d'une petite tumeur restée stationnaire des années. Aucune augmentation de volume, aucun symptôme ne viennent préciser sa présence. Mais brusquement et sans cause apparente on assiste à son accroissement progressif, souvent rapide. Il y a là un contraste particulièrement frappant avec cet état d'immobilité qui fut longtemps sa façon d'être.

Plus rarement, peut-être parce que les malades n'avaient pas eu l'attention attirée sur elle, la tumeur apparaît et évolue d'emblée rapidement. D'autres fois elle se montre encore moins caractérisée en son début et se présente sous la forme d'un simple empâtement profond, sous-aponévrotique, mal limité.

Quoiqu'il en soit, c'est à une période plus avancée qu'arrivent au chirurgien ces malades, frappés de cet accroissement subit, effrayés par cette évolution ou par quelques troubles fonctionnels légers, gênés parfois par le volume souvent considérable de la tumeur. C'est elle qui devient alors la caractéristique du tableau clinique. Elle constitue à elle seule le principal et l'unique symptôme. Elle est alors une tumeur volumineuse, comparée par exemple à une

tête d'adulte, qui déforme la région et distend la peau qui la recouvre, toujours sans la modifier. La circulation veineuse souvent se dessine à son niveau.

L'absence de signes fonctionnels contraste avec le volume de la tumeur. L'indolence est absolue. La gêne fonctionnelle relève du poids de la masse tumorale, sans plus. Souvent on note un peu d'œdème du membre par compression veineuse, ce qui explique certaines sensations de fourmillement accusées par les malades. La circulation artérielle est absolument normale. Il n'y a aucune réaction sensitive ou motrice. Les troncs nerveux sont intacts.

En somme, devant cette tumeur à la période d'état de son développement, les troubles subjectifs sont nuls et l'état général reste excellent. Il peut en être ainsi pendant longtemps.

A un point de vue objectif, on se trouve, nous l'avons dit déjà, en présence d'une tumeur volumineuse qui déforme la région et le membre. Encore faut-il distinguer entre les deux manières de se présenter du néoplasme. Il s'agit tantôt d'une tumeur qui reste profonde et bridée par l'aponévrose d'enveloppe du membre. Elle évolue sous cette toile aponévrotique tendue, qui la comprime, empêche d'en palper les contours avec netteté et lui imprime une forme allongée correspondant au trajet de la gaine vasculaire. La palpation révèle cependant une tumeur lobulée, qui donne une sensation de pseudo-fluctuation et qui en impose pour une collection liquide.

A côté de cette forme profonde, se place une forme

superficielle. Dans celle-ci, la tumeur a des tendances à s'extérioriser et à se localiser sous forme d'une masse volumineuse, qui s'accroît progressivement, pour atteindre parfois des proportions énormes. Cette tumeur, qui distend les téguments sans les léser, pend au dehors, à la manière d'une besace pour ainsi dire et gêne mécaniquement par son poids, sans entraîner par ailleurs de troubles fonctionnels.

La forme profonde correspond à un type de conjonctivome habituellement malin. La forme superficielle, au contraire, masse de consistance pâteuse avec par endroits des zones plus résistantes, progresse plus lentement. Ces tendances extensives, pour ainsi dire illimitées, mais localisées et excentriques par rapport à l'axe du membre et par rapport aux plans profonds, en font une tumeur à évolution bénigne. Dans les deux cas, la palpation est facile, étant donnée l'indolence de ces tumeurs. Cela permet de préciser leurs rapports avec les organes voisins et plus particulièrement avec le squelette, les muscles et les vaisseaux. Disons dès à présent que l'indépendance est complète entre la tumeur et ces différents éléments. Ce sont bien là les caractères d'une tumeur encapsulée.

En effet, dans le relâchement musculaire, la mobilité par rapport au squelette est manifeste. La radiographie fait la preuve de l'intégrité de l'os voisin. On peut percevoir quelquefois un pédicule qui plonge dans la profondeur et paraît s'implanter sur le squelette. Il existe en effet des tumeurs à pédicules ostéo-périostiques. Il ne paraît pas qu'il y ait à tirer

de ce fait de conclusions particulières au point de vue pratique.

L'indépendance avec les muscles voisins est plus difficile à établir. Les connexions sont étroites. Les masses musculaires brident la tumeur et l'entourent. Il est délicat de préciser ces relations entre muscles et tumeur, et souvent difficile d'affirmer dans un sens ou dans l'autre. On se base néanmoins sur ce que les contractions musculaires n'immobilisent que partiellement la tumeur pour dire que cette dernière reste indépendante.

Par rapport aux vaisseaux il en va de même. La vascularisation est peu modifiée et les rapports du paquet vasculaire sont conservés normaux. On interroge l'artère en la palpant et en l'auscultant en amont et en aval de la tumeur. Ses battements sont normaux.

Nous avons déjà dit que la circulation veineuse était le plus souvent touchée et nous en avons dit les manifestations cliniques.

Ces différents points sont intéressants à discuter dans les formes profondes et diffusantes. Pour les tumeurs à évolution superficielle l'indépendance avec les éléments voisins s'impose avec évidence.

Il faut noter encore l'intégrité absolue des régions lymphatiques tributaires. L'absence de ganglions est en effet de règle.

L'examen somatique enfin est négatif. Il n'y a jamais de métastase, ni pulmonaire ni autres, lorsque la tumeur primitive a évolué librement sans thérapeutique.

Nous avons considéré jusqu'à présent la symptomatologie des tumeurs de la gaine des vaisseaux livrées à leur propre évolution. Il faut reconnaître qu'il n'en va pas toujours ainsi et que, le plus souvent, les malades viennent demander à une intervention sanglante la guérison de leur mal. Il est bien évident que pour les formes bénignes celle-ci est radicale dans le bon sens du mot, mais il est plus intéressant de considérer les formes malignes et d'esquisser le tableau symptomatique des *tumeurs de récides*. Ces récides locales sont excessivement fréquentes et on a pu dire que c'était là un des principaux caractères des conjonctivomes des gaines vasculaires. En effet, la première ablation a pu être faite, et il en est généralement ainsi, soit par le médecin traitant, soit par un chirurgien quelque temps auparavant et les malades arrivent dans les hôpitaux avec un tumeur de récide ou de continuation locale. Celle-ci, enlevée à son tour, récide à nouveau *in situ*. Il faut envisager l'aspect très spécial de ces tumeurs. Le bistouri a créé à leur niveau des délabrements plus ou moins considérables. Il a réséqué des portions d'aponévrose et des masses musculaires. La tumeur de récide évolue donc dans une région bouleversée au point de vue anatomique. Elle revêt de ce fait un cachet particulier. Elle distend les téguments, et plus spécialement la ou les cicatrices des interventions premières.

Ces cicatrices apparaissent alors étalées, élargies, très amincies, de teinte violacée et comme plaquées sur la tumeur qui donne l'impression d'être sur le

point de s'extérioriser à leur niveau. Les plans profonds n'ont plus vis-à-vis du néoplasme leur indépendance. Ils lui adhèrent et se laissent infiltrer par lui. Les tumeurs de récidives se montrent donc en somme à la fois superficielles et diffusantes. Elles ont par ailleurs toujours une tendance à la disposition lobulée. Leur consistance, le plus souvent molle et pseudo-fluctuante, reflète leur faible densité.

Evolution et Pronostic.

Ces tumeurs s'individualisent, comme nous allons le voir, infiniment mieux par leurs caractères évolutifs que par leurs symptômes, qui restent en quelque sorte secondaires.

Un point commun à toutes ces tumeurs réside dans leur tendance indéfiniment extensive. A un point de vue général, deux facteurs importent.

Tout d'abord la *notion d'âge*.

L'enfance paraît à l'abri de cette forme de néoplasie. Le degré de malignité semble, toutes choses étant égales d'ailleurs, en rapport avec l'âge.

Chez des jeunes, entre 20 et 30 ans, les tumeurs revêtent un exceptionnel caractère de gravité. Chez les vieillards, au contraire, leur évolution se montre souvent plus lente et moins méchante.

C'est entre 40 et 50 ans qu'elles sont indéniablement le plus souvent rencontrées. Elles évoluent alors en général comme des tumeurs malignes.

La *forme clinique* permet également d'établir un pronostic approximatif. Les formes profondes, infiltrantes, relèvent de la malignité. Les formes su-

perficielles, qui tendent à se pédiculiser, évoluent plus lentement et restent longtemps, quelquefois toujours, dans le domaine de la bénignité.

Ce ne sont cependant que des approximations adaptées à la majorité des cas et il serait bien imprudent d'établir dans ce sens des règles trop absolues.

En pratique, deux hypothèses sont à considérer :

1° *Que deviennent en définitive les tumeurs abandonnées à elles-mêmes ?* Leur marche est très variable et il est difficile de conclure, car les documents manquent pour établir leur évolution.

Les *forme bénignes* ont une marche progressive. Elles augmentent leur masse jusqu'à des proportions énormes et, pour ce faire, mettent parfois des années. On a signalé des évolutions de 10 et 20 ans. Le danger n'est pas à l'envahissement progressif de proche en proche. Il n'est pas non plus aux métastases, mais bien plutôt aux risques d'infections. Mécaniquement les ulcérations de surface peuvent devenir des portes d'entrée à un sphacèle et à une gangrène qui s'étendent, gagnent en profondeur et entraînent la mort par septicémie ou par cachexie progressive.

Les *formes malignes* sont rarement abandonnées à leur propre sort. Leurs tendances extensives rapides conduisent le plus souvent les malades au chirurgien si bien que l'on reste embarrassé pour préciser leur évolution spontanée.

2° *Qu'elle est l'évolution de ces tumeurs lorsqu'on les traite ?* Nous entendons par là les tumeurs traitées par des exérèses locales successives. C'est la

thérapeutique la plus habituellement suivie par la plupart à l'heure actuelle. Nous éliminons bien entendu les tumeurs bénignes dont l'évolution est arrêtée par une intervention unique, pour nous en tenir aux tumeurs qui persistent dans leurs récides après des ablations locales multiples.

L'évolution paraît pouvoir se résumer schématiquement à trois éventualités possibles.

1° L'évolution équivaut à une série de récides locales. Chaque récide conserve les mêmes caractères et à chacune on oppose une exérèse locale. Les interventions successives restent faciles, car les lésions se montrent chaque fois peu étendues, peu adhérentes, peu infiltrantes et en général bien encapsulées. Les intervalles entre chaque récide sont souvent assez longs, parfois de plusieurs années. On a pu dans ces cas parler de malignité locale, mais nous avons déjà dit combien ce terme manquait de précision.

2° La tumeur est restée longtemps stationnaire, puis brusquement elle évolue. On en fait l'ablation. La récide est rapide et extensive. Les exérèses locales de plus en plus larges et de plus en plus mutilantes se succèdent. On aboutit vite à une impossibilité absolue de s'en tenir à des interventions limitées et on ampute. L'avenir de ces malades est mal connu. Il semble bien s'agir là de formes ayant subitement acquis une malignité grande. L'amputation, peut-être alors trop tardive, ne les met pas à l'abri soit des récides locales dans le moignon, soit d'extensions vers le thorax pour le membre supérieur,

vers l'abdomen pour la cuisse. On peut observer, là aussi, des métastases.

3° La tumeur, récidivée localement a été enlevée, mais assez rapidement, sans attendre la série des récidives et des excrèses successives, elle fait une métastase. L'évolution est alors rapidement fatale. On reste en effet très désarmé. Les métastases sont souvent pulmonaires. D'autres fois elles sont multiples. Elles constituent une contre-indication absolue à une thérapeutique chirurgicale. Dans notre observation I de métastase dans le sein, le Professeur Tixier, pour des raisons d'ordre moral du reste, a tenté l'ablation. L'issue a pu ainsi être retardée quelque peu, mais c'est tout ce que l'on est en droit d'espérer dans ces cas.

On voit en somme que l'évolution de ces tumeurs reste très variable et le pronostic incertain. Nous avons dans notre chapitre des tumeurs conjonctives des membres en général tenté de poser le problème en montrant les éléments assez fragiles qui permettent de l'étayer et les écueils multiples que l'on rencontre.

Nous avons essayé d'isoler un peu schématiquement peut-être une forme maligne à évolution rapide et une forme bénigne. Ce sont sans conteste les plus fréquentes.

Peut-être y a-t-il place pour une *forme intermédiaire*, car il est des cas dont l'évolution, malgré les récidives, reste lente et s'étage sur des années. Quelles sont les conditions qui règlent ce type moyen à évolution ralentie. S'agit-il d'une forme histologique

spéciale, de conditions locales particulières, du terrain sur lequel évolue la tumeur ou d'interventions mieux conduites; nous ne saurions répondre. Un peut théoriquement nous aurions tendance à faire entrer ce type clinique à évolution lente dans le groupe des tumeurs bénignes. Nous nous basons pour cela sur des données déjà énoncées qui veulent que les tumeurs conjonctives quelle que soit leur nature ont d'une part une extension continue et ne s'arrêtent jamais dans leur évolution et que d'autre part il existe au côté de la tumeur principale de petits noyaux satellites qui échappent à l'intervention limitée. Si bien qu'on peut comprendre ainsi la continuité évolutive d'une tumeur même bénigne et ne plus parler de malignité locale, ce qui, il faut en convenir, ne correspond pas à quelque chose de suffisamment défini. Il est du reste possible, il est même fréquent, que ces tumeurs longtemps bénignes revêtent subitement des caractères de malignité.

A un point de vue très général, nous gardons l'impression que les tumeurs de la gaine des vaisseaux sont des tumeurs dont le pronostic reste grave et dont l'évolution est très souvent fatale quelle que soit la thérapeutique opposée.

Diagnostic.

Le diagnostic de tumeur de la gaine des vaisseaux comporte, étant données les localisations variées de cette tumeur sur les divers segments des membres, des discussions multiples. Il n'est pas dans notre intention d'envisager ici le problème dans ses détails, ce qui nous entraînerait trop loin. Le diagnostic différentiel des tumeurs des membres est du reste bien classique. Nous limiterons ce chapitre aux grandes lignes, essayant d'établir un cadre, de poser quelques jalons, en montrant quelles sont les erreurs possibles et les éléments actuels de la discussion. Nous prendrons là encore comme type de notre description, la tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux. Ce diagnostic comporte tout d'abord un diagnostic différentiel, fondé sur des données cliniques. Le chirurgien pour cela est relativement bien armé. Il arrive à localiser et à dire : conjonctivome des membres. Mais la discussion doit s'élargir et envisager en outre un essai de diagnostic étiologique. Pour être complet il y faut ajouter encore le diagnostic du degré de malignité et d'opérabilité. Dès maintenant, nous soulignons les

difficultés de ces derniers points. Il manque à l'heure actuelle bien des éléments pour les trancher avec sécurité.

Diagnostic positif.

Le diagnostic positif reste parfois relativement aisé si l'affection se présente sous une forme bien caractérisée. Si, entre 30 et 50 ans, apparaît chez un malade une tumeur indolente unique, mobile, sans adénopathie, n'entraînant aucun trouble fonctionnel et si l'histoire se résume à un accroissement progressif, continu, plus ou moins rapide, si la radiographie montre l'indépendance vis-à-vis du squelette, si l'état général est conservé, si enfin la tumeur siège sur le trajet des vaisseaux principaux du membre, le diagnostic est fait. Il s'impose presque et nous n'y insistons pas davantage.

Il existe cependant des grosses erreurs.

Diagnostic différentiel.

Nous l'envisageons aux différentes périodes, celles-ci étant soumises, un peu arbitrairement du reste, aux divers stades évolutifs, c'est-à-dire au volume plus ou moins considérable de la tumeur.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *Tumeur petite et tumeur moyenne*

Il faut alors passer en revue les différents organes de la région considérée. L'exemple est particulièrement démonstratif au niveau du triangle de Scarpa.

A ce niveau, devant une tumeur, on éliminera successivement :

1° La *hernie crurale*, car celle-ci donne une impulsion à la toux, possède un pédicule profond perceptible et s'accompagne souvent de gêne douloureuse et de troubles digestifs. La présence d'un lipome pré-herniaire volumineux, la situation profonde et les rapports vasculaires peuvent rendre parfois la distinction difficile.

2° Les *adénopathies chroniques*, si fréquentes, qui obligent à examiner avec soin les portes d'entrée possible au niveau du membre inférieur, du périnée, de l'anus, des organes génitaux, et de la paroi abdominale. L'aïne, rendez-vous lymphatique de ces régions, réagit à leurs lésions par ses ganglions. Sans entreprendre ici l'énumération de toutes les possibilités, nous dirons cependant un mot de la lymphogranulomatose. A son début, alors que n'existent pas encore les phénomènes suppuratifs qui se caractérisent par la suite et signent la lésion, la confusion est possible. Rétrospectivement, nous pouvons reconstituer à ce propos une histoire assez caractéristique.

En 1905, il y a 20 ans, était opéré par M. le Professeur Tixier, un homme de 47 ans, avec le diagnostic, vérifié histologiquement, de fibro-sarcome de la gaine des vaisseaux. Nous ne rapportons pas cette observation entière, mais à sa lecture détaillée nous croyons pouvoir parler de lymphogranulomatose étant donnée la présence de nombreux gan-

glions, le retentissement iliaque, la persistance prolongée d'une fistule après l'intervention et enfin la guérison absolue vérifiée après de nombreuses années. La maladie, à cette époque, n'avait pas encore acquis cette personnalité que lui ont donné depuis MM. Nicolas et Favre. Il faut en tous cas en tenir compte dans une discussion de diagnostic.

Les néoplasies ganglionnaires ou primitives sont relativement rares. Elles s'accompagnent soit de retentissement sur d'autres territoires lymphatiques, soit de réaction du côté de la rate, de modification de la formule leucocytaire, d'altération de l'état général, de métastase et ces caractères tranchent avec la tumeur que nous étudions pour lever les hésitations.

3° Les *anévrismes artériels* dans leurs manifestations franches, avec leurs battements, leurs signes stéthoscopiques et leurs modifications du côté du poulx ne sont évidemment pas en cause. Le diagnostic avec l'anévrisme artériel présente cependant parfois de grosses difficultés si l'on considère qu'il peut dans certaines formes s'étaler sous les aponévroses et présenter une consistance dure. Le souffle alors peut manquer, lorsqu'une masse de sang coagulé remplit le sac anévrisimal. La distinction d'avec une tumeur conjonctive se montre alors très difficile.

D'autre part, Jaboulay a insisté sur une variété de tumeurs vasculaires qu'il n'est pas très rare de rencontrer au niveau de la cuisse, ce sont les angiomes profonds. Ils donnent une sensation particulière de pelotons de ficelle irréguliers. Leur siège bas au voi-

sinage de l'articulation du genou, leur volume variable du matin au soir suivant l'état de fatigue ou de repos permettent de les distinguer.

4° *Les diverses maladies des muscles* : Il est important de bien localiser pour éliminer les affections siégeant dans le muscle lui-même.

La hernie musculaire, de par les circonstances qui la produisent, de par les douleurs qui souvent l'accompagnent, de par surtout les variations de volume et de consistance suivant l'état des contractions ou de repos du muscle, prête peu à confusion.

Une tumeur musculaire lorsqu'elle évolue sur un muscle voisin du trajet des vaisseaux est parfois difficile à distinguer. Son évolution, et la déformation qu'elle imprime à la région, simulent absolument les conjonctivomes de la gaine vasculaire.

Notre observation V (fig. 6 a) est un exemple d'une de ces tumeurs (rhabdomyome) dans la masse des adducteurs. Il faut par ailleurs tenir compte de la très grande rareté de cette forme de néoplasme.

Les tumeurs intra-musculaires telles que les kystes hydatiques, les abcès, les néoplasies conjonctives bénignes ou malignes demandent le plus souvent à l'intervention, aux examens macro et microscopiques et la bactériologie de préciser leur diagnostic.

La localisation aux muscles se fonde avant tout sur l'immobilisation absolue de la tumeur dans la contraction musculaire. Dans ces conditions les conjonctivomes de la gaine ne s'immobilisent que partiellement et les muscles se contractent indépendamment.

Tout dernièrement, dans le service de M. le Docteur Tavernier, nous avons observé sur un malade de M. le Docteur Favre, une lésion qui simulait une tumeur musculaire. L'intervention découvrit une myosite scléreuse de la moitié inférieure du muscle moyen adducteur. L'autre moitié de ce muscle, contractée, donnait par opposition avec la précédente l'impression d'une tuméfaction qui, véritable tumeur fantôme, disparut à l'intervention sous anesthésie générale.

5° LES TUMEURS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES : La question du diagnostic différentiel ne se pose guère alors au niveau de la cuisse, car les nerfs qui accompagnent les vaisseaux sont là d'une importance secondaire. Les tumeurs à localisations nerveuses siègent le plus souvent au niveau du tronc du sciatique ou de ses grosses branches de division. De ce fait, elles restent assez éloignées des vaisseaux. Il n'en va plus de même au niveau du creux poplité et au niveau du membre supérieur. Là les gros troncs nerveux accompagnent le paquet vasculaire.

Le diagnostic sera fait sur l'absence de signes de compression ou d'irritation du tronc nerveux dans le cas de conjonctivome de la gaine des vaisseaux. Les phénomènes douloureux manquent au contraire rarement dans les tumeurs développées aux dépens du nerf ou de sa charpente conjonctive.

6° LES TUMEURS DES OS : Nous discuterons ultérieurement de ce diagnostic.

7° LES ABCÈS : L'erreur a été bien souvent commise de confondre une collection suppurée avec une tumeur. Certains abcès, de par leur situation profonde, de par leur tendance à utiliser le chemin de la gaine vasculaire, de par leur évolution progressivement croissante, de par enfin leur degré de tension particulière, conduisent à cette méprise. On examinera donc minutieusement le squelette et les articulations. Une radiographie de la colonne vertébrale, du bassin, de la hanche ou du fémur sont indispensables avant de conclure. Les signes propres, l'histoire évolutive, les antécédents permettront le plus souvent de distinguer ces collections suppurées *arthrifluentes* ou *ossifluentes* qui relèvent d'un processus tuberculeux ou ostéomyélitique.

On arrive en somme après ces éliminations successives, trop rapidement esquissées, au diagnostic de tumeur de la cuisse en rapport avec les vaisseaux, indépendante des ganglions, des artères, des muscles, des nerfs et du squelette. On peut même aller plus loin et dire que la tumeur est fort probablement développée aux dépens du tissu conjonctif intermédiaire aux différents éléments précédents. Nous ne précisons pas davantage pour l'instant.

DEUXIÈME PÉRIODE. — *Tumeur volumineuse.*

Il s'agit alors d'une tumeur volumineuse et le diagnostic de ce fait se simplifie. On peut évidemment songer encore aux différents problèmes envisagés plus haut, mais en pratique la question se restreint.

Elle se limite à une discussion entre l'ostéoscarcome et le conjonctivome.

Devant ces tumeurs énormes, évoluant soit à la racine du membre, soit à un niveau quelconque, le premier réflexe fait penser à un ostéosarcome. On en connaît la fréquence au niveau de l'extrémité supérieure du fémur. Les sarcomes périostiques à localisation diaphysaire sont également à considérer. La distinction clinique reste cependant le plus souvent possible. Bien des points distinguent ces deux affections.

Dans l'ostéosarcome, la fixité de la tumeur, la mobilité des muscles au-dessus d'elle quand on les met en relâchement physiologique, les douleurs térébrantes profondes et la radiographie surtout, tranchent avec trop de netteté pour arrêter longtemps. Ce sont là autant de signes qui manquent à la tumeur des parties molles et il y en a bien d'autres encore.

En résumé, ayant éliminé successivement toutes les formations tumorales qui, sur un membre, peuvent en imposer pour une tumeur de la gaine des vaisseaux, ayant enfin poussé le diagnostic jusqu'à celui de conjonctivome, peut-on aller plus loin ? Nous pensons que cela est possible. Le diagnostic, selon le Professeur Maurice Pollosson, « a souvent pour base le souvenir plus que la réflexion. Il en est des malades comme des gens qu'on reconnaît après les avoir rencontrés, alors qu'on ne saurait dire s'ils ont le nez ou les yeux faits de telle ou de telle façon. » C'est le

fruit de l'expérience qui permet de parler ainsi. On peut faire mieux encore, en demandant à ces personnes que l'on croit reconnaître, leurs papiers d'identité. On a pour ce faire, sous forme de procédés d'investigation nombreux, des armes d'une valeur incontestable.

Diagnostic étiologique.

Chercher l'identité de telles tumeurs, c'est en somme tenter un diagnostic étiologique et essayer de remonter à la véritable cause du mal. Or il est acquis aujourd'hui que nombre de processus infectieux créent, si l'on peut dire, des néoplasies inflammatoires qui simulent à s'y méprendre les néoplasies vraies. Le diagnostic poussé plus avant cherchera donc à distinguer entre ces deux façons de réagir du tissu conjonctif. A ce propos, les discussions ont déjà été nombreuses. En 1889 Le Dentu, au Congrès de Chirurgie, parle d'un confrère à qui trois professeurs à la Faculté conseillent une amputation de jambe pour sarcome, alors qu'un simple traitement spécifique le guérit.

En 1911, Lejars apporte à la Société de Chirurgie de Paris 2 observations de tumeurs inflammatoires des membres. Poncet et Leriche, à la même tribune, la même année, rallument le débat à un point de vue un peu spécial, celui de la relation de la tuberculose avec les tumeurs. Les discussions qui succèdent à leur communication sont d'importance. Elles soulignent l'intérêt du problème et les divers auteurs à

cette occasion ajoutent 16 observations inédites analogues.

Delbet et Goujerot apportent aussi de nouvelles preuves anatomiques impressionnantes.

Mériel, dans un travail sur les tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome (in Gazette des Hôpitaux, 1911) discute sur un cas personnel très suggestif.

Il faut, enfin, sans avoir la prétention d'être complet dans cet historique écourté, relire la thèse de Chénelot, où sont exposées en détails les idées de MM. Nicolas et Favre sur les gommés syphilitiques simulant les sarcomes. Ces documents soulignent les difficultés du problème et montrent combien aisément sont trompés la clinique et le laboratoire.

Certaines tumeurs, histologiquement malignes, guérissent, d'autres au contraire étiquetées inflammatoires, récidivent. Les cas sont célèbres et multiples où des examens d'une même tumeur, pratiqués par les anatomo-pathologistes les plus distingués, aboutissent à des conclusions opposées.

Le temps serait-il le seul juge compétent. Il reste incontestablement le meilleur. Il ne peut toutefois prétendre être infaillible. Il y a, relevant en particulier de la syphilis, de véritables récidives locales et de véritables métastases inflammatoires. Elles furent souvent traitées par des exérèses chirurgicales, parfois mutilantes, jusqu'au jour où un traitement d'épreuve fortuit éclaira l'erreur jusque-là commise.

La tuberculose, la syphilis et les mycoses, plus spécialement l'actinomyose et la sporotrichose, se par-

tagent les honneurs de ce genre de dissimulation. Il reste des causes inflammatoires dont la nature n'a jamais pu être déterminée et les agents septiques à virulence atténuée, capables de réagir par des tumeurs simulatrices, sont certainement infiniment nombreux.

Quelles sont les armes qui donnent le maximum de sécurité dans un diagnostic étiologique considéré à ce point de vue? Le Wassermann, le traitement d'épreuve, les examens anatomo-pathologiques et bactériologiques, les inoculations enfin ne sont que l'énumération des investigations à mettre en œuvre. Elles s'imposent au titre de véritables obligations avant que de se résigner aux graves et irrémédiables déterminations opératoires que dicte un diagnostic de malignité. Nous ne pouvons ici discuter de la valeur de chacune en particulier, mais ce que l'on peut dire c'est qu'aucune ne permet d'affirmer. Elles inscrivent cependant chacune des succès incontestables à leur actif et à ce titre elles restent le complément indispensable de tout diagnostic bien conduit.

Au point de vue clinique les observations soulignent l'importance des accidents fébriles et des accidents douloureux qui accompagnent souvent les tumeurs d'origine inflammatoire à leur début. Il y aurait à ce sujet à reprendre toute l'étude de la fièvre des néoplasmes, comme le conseille Lejars.

Une distinction anatomique de valeur paraît résider dans ce fait que les tumeurs inflammatoires se présentent sous une forme diffuse. Elles sont mal limitées et il leur manque en général cette capsule

qui est presque de règle dans les néoplasies conjonctives vraies.

Ce rapide exposé souligne les difficultés rencontrées.

Il y a pour ainsi dire une certaine ironie dans cette façon de se présenter des tumeurs conjonctives et l'on se doit d'y trouver une leçon de modestie qui s'adresse à la vanité des affirmations trop absolues et des succès thérapeutiques trop rapidement enregistrés.

A la lumière de ces données diverses, on comprend les hésitations qui entourent un essai de diagnostic concernant la malignité et l'opérabilité de telles tumeurs.

Au point de vue pratique, il faut retenir que devant l'exérèse d'un conjonctivome de la gaine des vaisseaux au début, alors que la tumeur est encore de dimensions restreintes, on ne doit pas trop aisément conclure à sa bénignité. Cette tumeur, enlevée facilement, d'aspect souvent banal, peut cacher sous ses apparences insignifiantes une malignité très grande. On a le devoir de dire aux malades les possibilités de récidives et d'exiger de lui de venir se soumettre à des examens médicaux répétés, sans attendre qu'il soit trop tard, ainsi que cela arrive trop souvent.

On retiendra enfin que ces tumeurs, malgré leur dimension, malgré leurs rapports vasculaires étendus, restent longtemps opérables. Là encore on a le devoir d'imposer des interventions et de les conduire à bien, alors que cliniquement tout semble souvent s'opposer à une semblable tentative.

Traitement.

La thérapeutique se soumet, à l'heure actuelle, aux imprécisions du pronostic. Il y a évidemment des cas d'espèces et on ne peut malheureusement établir l'équation qui permettrait d'opposer tel traitement à telle tumeur.

Dans ses grandes lignes et dans son histoire le traitement des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux a suivi des fluctuations qu'explique avant tout cette impossibilité de prévoir avec certitude.

Primitivement, le précepte d'Ollier, qui voulait que la chirurgie qui conserve le moins soit celle qui conserve le mieux, a résumé les indications opératoires radicales opposées aux conjonctivomes. L'amputation haute et la désarticulation avaient alors toutes les faveurs. Rester loin du mal et sectionner en tissu sain donnaient la satisfaction d'avoir fait le mieux contre une tumeur dont la marche était toujours jugée inexorable.

Cette thérapeutique subit bientôt des atténuations alors qu'on commençait à apercevoir que les évolutions n'étaient pas obligatoirement aussi sombres.

Il y avait des tumeurs à marche très lente qui arrivaient au chirurgien après de longues années, portées sans inquiétude et sans troubles par des malades dont l'état général restait excellent. On jugea alors trop mutilantes pour un mal qui laissait souvent du répit les amputations ou les désarticulations systématiques. La thèse de Rafin apportait des observations, il est vrai très rares, qui s'étagaient sur des années avant d'arriver au sacrifice du membre. Les observations lyonnaises des thèses de Merlat et de Clerc montraient les possibilités et les résultats de exérèses locales. On en arrive alors aux dissections *in situ* de ces tumeurs, dont on conseille l'ablation locale aussi complète que possible.

On a pu dire aussi avec un fatalisme et une résignation imposés souvent par les faits, que le problème thérapeutique méritait peu d'être discuté pour les tumeurs malignes. L'évolution était pour ces dernières fatale, quel qu'ait été l'acte opératoire opposé, exérèse locale, amputation ou désarticulation. Les récidives *in situ* et les métastases dans tous les cas restaient la règle. Pour les tumeurs bénignes au contraire, la thérapeutique la plus simple donnait des succès complets. C'est là une manière de conclure peut-être un peu trop simplificatrice.

Théoriquement, étant donné que nous croyons pour ainsi dire établi le fait qu'une *tumeur conjonctive des membres non traitée ne donne pas de métastase*, celles-ci étant au contraire favorisées par les interventions répétées, on arrive à la formule suivante : devant une tumeur maligne, rejetant systé-

matiquement toute thérapeutique locale, nous conseillons l'amputation ou la désarticulation précoce comme étant les seules indications logiques et vraiment curatrices. Peut-être aurait-on ainsi des succès définitifs. En pratique, une telle ligne de conduite reste malheureusement inapplicable, étant donné l'impossibilité absolue de certifier la malignité sur le seul examn clinique.

Les notions des tumeurs d'origine inflammatoire, celles des tumeurs bénignes ou à évolution prolongée obligent à serrer le problème des indications opératoires de plus près.

Les conclusions pratiques peuvent être envisagées ainsi :

Tout d'abord, considérant la difficulté de préciser la nature de l'infection, le traitement anti-syphilitique d'épreuve *s'impose systématiquement*. Il n'a pour ainsi dire pas de contre-indication. Tout récemment, MM. Massia et Pillon, dans un article paru dans le *Journal de Médecine de Lyon*, exposaient leur opinion et celle de leurs maîtres lyonnais sur cette question. Nous nous permettons d'emprunter leurs conclusions générales, car elles importent au point de vue que nous traitons. Le traitement d'épreuve reste encore bien souvent un complément indispensable. Sa valeur est très grande et ce serait une faute de le négliger. C'est à lui seul qu'il appartient parfois de trancher définitivement un diagnostic hésitant, étant donné, comme le disent ces auteurs, que les constatations histologiques dans une lésion tertiaire sont en tous points semblables à

celles de la tuberculose, de quelques mycoses, et nous ajoutons, de certaines néoplasies conjonctives non inflammatoires. D'autre part, la réaction de Wassermann n'a rien de spécifique. Massia et Pillon écrivent : « Il faut savoir :

« 1° Que les médicaments dits anti-syphilitiques n'ont pas une spécificité absolue, que d'autres affections que les affections d'origine syphilitique réagissent à ces médicaments ou même peuvent guérir par ces médicaments. Il ne faut d'ailleurs pas s'exagérer l'importance de cette non spécificité. Elle n'est en somme que relative, et il est rare, à part le cas de l'iodure de potassium dans les mycoses, que les médicaments anti-syphilitiques guérissent les lésions non syphilitiques d'une façon complète.

« 2° Certaines lésions de nature syphilitique peuvent ne pas être influencées par un médicament anti-syphilitique donné et guérir rapidement par un autre. Cette notion de la résistance possible d'une lésion syphilitique à un médicament spécifique doit dominer le traitement d'épreuve. Il y a, en effet, des exemples d'arséno-résistances et de bismutho-résistances.

« 3° Un traitement d'épreuve doit, pour avoir une valeur diagnostique réelle, donner une amélioration rapide, puis dans un temps normal, en général très court, une guérison complète. Pour obtenir ce résultat il doit être massif et par conséquent pratiqué non seulement avec des médicaments très actifs, mais encore à dose suffisante. »)

On trouvera encore dans ce travail des indications

précieuses sur la médication à choisir suivant les cas. A notre point de vue nous en retiendons un seul fait, c'est l'incontestable insuffisance de la plupart des traitements d'épreuve appliqués dans les services de chirurgie en général. Cette thérapeutique première que l'on doit toujours mettre en œuvre, reste la propriété exclusive des spécialistes compétents. C'est à eux seuls que nous reconnaissons le droit de la conduire et de la juger. Pour les tumeurs conjonctives, tout particulièrement, nous estimons que le temps qu'elle peut faire perdre en cas d'échec n'est pas un argument valable. L'intérêt général des malades exige qu'elle soit systématiquement tentée. Si elle échoue, la chirurgie revendiquera alors tous ses droits.

Nous envisagerons quelques points particuliers seulement.

On doit tout d'abord faire l'ablation systématique de toutes les tumeurs conjonctives bénignes. Certains malades les portent souvent depuis fort longtemps. D'autres fois, elles sont de date récente. Elles rappelleront toujours que leur transformation vers la malignité est possible et qu'il est alors trop tard pour faire œuvre utile. On pourrait revendiquer à leur sujet le souhait de ceux qui luttent contre le cancer sous toutes ses formes. Nous voulons parler de ces examens complets pratiqués à intervalles réguliers. Si la pratique de cet *inventaire* pouvait être exigée ou considérée par les malades comme une nécessité, il est bien certain qu'elle réaliserait la garantie la meilleure en permettant de saisir le néoplasme

à sa période de début. Ce diagnostic précoce autoriserait des thérapeutiques efficaces. On relève parfois dans l'histoire des malades dont nous parlons une ablation ancienne d'une petite tumeur, ablation faite à une date plus ou moins éloignée. Trop souvent, on n'accorde pas à cette tumeur toute l'importance voulue et on conclut avec un optimisme exagéré à un lipome, plus ou moins pur ou fibreux, et on rassure le malade. L'examen intégral, au point de vue histologique, de ces formations de petit volume est une obligation. On se doit de mettre toujours le malade en garde et de l'avertir des possibilités d'une récurrence, de manière à ce que, si celle-ci se produit, il ne perde pas un temps précieux avant que de venir se montrer à nouveau. L'indolence et l'absence de troubles fonctionnels font trop souvent que ces malades s'inquiètent insuffisamment.

La guérison d'une tumeur conjonctive des membres ne peut être obtenue que par son *ablation complète*. On peut poser ceci en principe et le considérer comme un véritable axiome. Il faut cependant se rappeler combien il est difficile de réaliser cette ablation complète. L'impression d'une exérèse anatomique parfaite, que donnent souvent les interventions adressées à ces tumeurs, ne correspond pas à la vérité. Il reste au voisinage de la tumeur encapsulée que l'opérateur enlève, de petits noyaux satellites qui passent inaperçus, constituent des tumeurs en germe et expliquent pour une part les récurrences locales ultérieures.

Si bien que, considérant l'*exérèse locale* comme

la thérapeutique de choix, nous dirions volontiers qu'elle doit, surtout à cette période de début, où les possibilités chirurgicales sont les meilleures, être *élargie*.

Pour cela, une grande incision est nécessaire. Elle permettra une dissection large et la recherche des noyaux cachés dans les interstices voisins. Peut-être les trouvera-t-on. On n'aura jamais ainsi la certitude absolue d'avoir été complet, mais on aura très certainement le sentiment d'avoir fait mieux.

L'évolution de ces tumeurs conduit à considérer deux éventualités :

1° Les récidives locales peuvent se faire très lentement et rester espacées parfois par plusieurs années les unes des autres. On a alors le devoir de se limiter à des interventions locales et cela toutes les fois que l'opération est anatomiquement possible.

2° Les récidives locales se succèdent d'emblée rapidement. Il faut alors se laisser conduire à l'amputation ou à la désarticulation, et cela sans tarder.

Cette rapidité dans le rythme des récidives peut être primitive ou être au contraire retardée, s'il s'agit d'une tumeur à évolution lente qui brusquement prend feu. Pour ces raisons la surveillance étroite des malades s'impose.

On a avec juste raison insisté sur l'opinion des malades qui refusent une amputation, d'autant qu'ils ne souffrent pas et que leur état général n'est pas touché. Il est évident que tout malade se montre instinctivement et naturellement réfractaire à une mutilation. Nous ne saurions cependant assez dire

qu'à côté de l'opinion du malade il y a celle du chirurgien qui importe infiniment plus. Notre observation III est un bel exemple de ce que peut la persuasion étayée sur une conviction profonde. Il s'agissait là d'une jeune femme à laquelle on avait enlevé au niveau du premier espace métacarpien une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. On l'avertit alors du danger d'une récurrence et, dans ce cas, de la nécessité d'une amputation de la main. La récurrence survint et le conseil chirurgical qui voulait le sacrifice du membre fut accepté. Un exemple n'entraîne en aucune façon la conviction et des faits contraires seraient facilement trouvés. Nous insistons cependant sur cette nécessité de savoir imposer, lorsque l'on croit être dans le vrai.

Au point de vue technique il nous semble important de savoir ne pas reculer devant les exérèses locales des tumeurs volumineuses. Le plus souvent l'intervention reste possible, alors que, cliniquement et opératoirement même, les conditions paraissent mauvaises. Il faut toujours se souvenir des possibilités de clivage du fait de la fréquence d'une capsule. Les muscles semblent envahis. En réalité, ils adhèrent simplement. On doit du reste les sacrifier si on a le moindre doute sur leur envahissement. Le sacrifice sera large, car cette ablation ne conditionne pas toujours les impotences fonctionnelles que pourrait faire prévoir la notion souvent un peu théorique de leurs fonctions physiologiques.

Le danger vasculaire n'est point trop à redouter. Les vaisseaux se laissent disséquer avec une facilité

qui étonne. Regnault déjà signale que sur 16 interventions il a pu les conserver intacts 10 fois. D'autres fois, il faut les réséquer ou bien combler une brèche à leur niveau. La question d'âge importe tout particulièrement. On sait combien facilement se rétablit un régime circulatoire suffisant chez les jeunes et combien au contraire est précaire ce rétablissement chez les sujets dont les artères sont âgées.

Il reste néanmoins indispensable de faire des réserves avant d'entreprendre certaines interventions et de préparer le malade à la possibilité d'une amputation.

Une précaution opératoire souvent utilisée consiste à placer sur les vaisseaux un fil d'attente. C'est une mesure pour le moins prudente et utile.

Il nous reste un mot à dire sur la question de la thérapeutique par les agents physiques, et en particulier par la radiothérapie profonde. Nous n'en avons point l'expérience et nous nous garderons bien de trancher à son égard dans un sens ou dans l'autre. Nous rappellerons cependant que, lors de la communication de notre observation III à la Société des Sciences médicales, on nous a objecté que l'amputation avait peut-être été un peu précipitée et que mieux aurait valu recourir à la radiothérapie profonde, cette tumeur de la main étant tout particulièrement accessible à une telle thérapeutique. Nous ne pouvons pas dire ce qu'il serait advenu si nous avions agi ainsi, mais très certainement par la suite on aurait pu reprocher aux rayons d'avoir diffusé la tumeur et d'être la raison des métastases multiples ultérieures.

A en croire par ailleurs les divers auteurs, il faut, vis-à-vis des agents physiques, rester dans une prudente réserve. Les rayons X font fondre avec une facilité très grande les tumeurs inflammatoires. Celles-ci paraissent particulièrement sensibles à leur action, à tel point même qu'on peut se demander si ce n'est pas par là que les agents physiques vont chercher la plupart de leurs succès.

Nous avons pu paraître pessimiste quant aux résultats obtenus soit par le traitement conservateur, soit par le traitement radical. C'est en lisant avec soin les observations et les différents travaux publiés que nous sommes arrivés à cette conclusion. Alors que chaque chirurgien annonce souvent la guérison opératoire d'un conjonctivome, la réalité montre, lorsqu'on a eu l'occasion de revoir le malade, qu'il y a eu récurrence ou généralisation. Il est bien dans ces conditions permis de conserver, avec les restrictions que nous avons faites au sujet de certains conjonctivomes à évolution ralentie, cette opinion pessimiste en ce qui concerne cette affection envisagée dans ses échéances lointaines.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Vu : TIXIER
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 9 mai 1925
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAGEANOV (d'Ekatérinoslav). — Les sarcomes myélogènes et l'ostéite fibreuse localisée. (*Ekaterinoslavsky Méditzinsky Journal*, t. 3, n° 9, 1924.)
2. BARD. — Des tumeurs à tissus multiples. (*Lyon Médical*, 1888.)
3. BERGER. — Sarcome du nerf sciatique. (*Bull. de Soc. de Chir. Paris*, 1905, p. 917.)
4. BÉRIEL. — A propos de la classification de certaines tumeurs malignes : les lipomes malins. (*Lyon Chir.*, 1910, t. 4, n° 6, p. 537.)
5. BOLOGNESI. — Tumeurs primitives des bourses séreuses. (*Tumori*, 1913, p. 407.)
6. BONAMY R. et BONAMY E. — Sarcomes primitifs du grand épiploon. (*Rev. de Gynécologie*, 1908, p. 285.)
7. BRAULT. — Mycétome à forme néoplasique simulant fibro sarcome. (*Bull. de Soc. de Chir. Paris*, 1096, p. 589.)
8. BRIN. — Volumineux myxome sous-péritonéal du ligament large, avec prolongements fessier et vaginal. (*Rev. de Gyn. et de Chir., Abd.* 1910, p. 305.)
9. CHENELOT E. — Sur les gommes syphilitiques simulant des sarcomes. (*Thèse de Lyon*, 1910.)
10. CHEVALIER. — Etude sur le myxome. (*Thèse de Paris*, 1891.)

11. CHEVROLLE E. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de l'aine. (*Thèse de Paris*, 1899.)
12. CLERC L. — Quelques considérations sur le myxome lipomateux de la cuisse. (*Thèse de Lyon*, 1897.)
13. COLEY W.-B. — Myosite ossifiante traumatique. (*Annals of Surgery*, 1913, p. 305.)
14. COMBALAT. — Les tumeurs malignes musculaires à forme aiguë. (*Thèse de Lyon*, 1920.)
15. DELACHANAL J. — Des tumeurs malignes du tissu celluloso-adipeux (lipomes malins). (*Thèse de Lyon*, 1910.)
16. DELBET Pierre. — Art. « Des Néoplasmes » (in *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet.)
17. DELMAS. — Rapport de Lecène. Tumeur abdominale (fibrome) pré-péritonéale. (*Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, p. 416.)
18. DEMARQUAY. — Tumeur fibro-plastique naissant dans la gaine des vaisseaux. (*Gazette des Hôp.*, 1869.)
19. DONALD DUFF. — Heureuse ablation d'un sarcome rétro-péritonéal. (*The Glasgow Medical Journal*, 1912, p. 90.)
20. DUNET. — Sarcome des parties molles du bras. (*Lyon Médical*, 1923, p. 653.)
21. DURAND. — Traitement des sarcomes musculaires par ablation systématique du muscle atteint. Résultats éloignés. (*Lyon Chir.*, 1910, t. 3, n° 1, p. 87.)
22. DURAND et VERRIER. — Les tumeurs paranéphrétiques. (*Lyon Chir.*, 1912, p. 389.)
23. DURANTE. — A propos d'un cas de « sarcome », développé consécutivement à une plaie du membre supérieur par instrument piquant. (*Bull. de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1912, p. 64.)
24. FASANO. — Sarcome musculaire primitif et myomectomie. (*Il Policlinico*, 1913, p. 86.)

25. FASANO. — Sarcome du cordon spermatique. (*Il Poli-clinico*, 1908, p. 489.)
26. FAURE J.-L. — Sur les tumeurs provoquées par l'huile camphrée. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1917, p. 525.)
27. FAYOL F. — Tumeur solitaire du nerf médian. (*Lyon Médical*, 1912, p. 721.)
28. FERRARINI G. — Sur les tumeurs primitives des gaines vasculaires. (*La Clinica Chirurgica*, 1913, p. 589.)
29. FRAENKEL. — De l'affection dénommée « pseudo-myxome péritonéal ». (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1912, p. 1142 et 1222.)
30. GARKISCH. — Liposarcome rétro-péritonéal. (*Beiträge zur Klin. Chir.*, 1910, p. 51.)
31. GAUTHIER. — Tumeur mélanique de la gaine des vaisseaux fémoraux. (*Lyon Médical*, 1903, p. 1010.)
32. GINESTET G. — Lipomes sous-aponévrotiques du bras. (*Thèse de Lyon*, 1922.)
33. GOUGEROT. — Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch; lymphadénomes, lymphosarcoïdes, sarcomes, fibromes, lipomes, ostéomes bacillaires. Cancer et tuberculose.
Contribution à l'étude pathogénique des tumeurs lympho-conjonctives. (*Journal de Physiologie et de Pathologie générales*, 1908, p. 1066.)
34. GOUILLOUD. — Désarticulation de la hanche pour tumeur maligne récidivante musculaire de la cuisse. (*Lyon Médical*, 1909, p. 19.)
35. GOUILLOUD et GAUTHIER. — Désarticulation de la hanche pour sarcome de la cuisse chez un vieillard de 72 ans. (*Lyon Médical*, 1925, p. 609.)
36. HANCK. — Tumeur du cordon spermatique. (*Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 1913, p. 269.)
37. ITCHIKAWA et UWATOKO Y. — Etude expérimentale et comparée du cancer. (*Bull. de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1924 et 1925, p. 23.)

38. JABOULAY. — *La Clinique*, 1908.
39. JABOULAY et GAUTHIER. — Sarcome malin de la région poplitée. (*Lyon Médical*, 1906, p. 600.)
40. JACOB. — Tumeurs consécutives à des injections d'huile camphrée préparée avec de l'huile de vaseline. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1917, p. 487.)
41. KELLOG SPEED. — Lipome de la cuisse. (*Archives of Surgery*, 1924, p. 819.)
42. KIRMISSON. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa. (*Revue de Chir.*, 1886, p. 361.)
43. LANDOIS. — Sur les sarcomes musculaires primitifs. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1912, p. 2274.)
44. LANGEBECK. — Beiträge zur chirurgischen Pathologie der venen. (*Arch. für Klinische Chirurgie*, 1860, tome 1.)
45. LAPOINTE A. — Pathogénie et traitement des myostéomes traumatiques. (*Rev. de Chir.*, 1912, p. 657.)
46. LAROYENNE et POLLOSSON. — Sarcome de la main. (*Lyon Médical*, 1922, p. 674.)
47. LEAN. — Myxosarcome de l'épiploon. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, 1911, p. 588.)
48. LECÈNE. — Les tumeurs (in *Précis de Pathologie Chirurgicale*, Masson, 1924.)
49. LECÈNE et MONDOR. — La myomectomie large dans certains sarcomes primitifs musculaires. (*Journal de Chirurgie*, 1911, p. 617.)
50. LECÈNE et THÉVENOT. — Les tumeurs - paranéphrétiques. (*Congrès français de Chirurgie*, 1919.)
51. LEJARS. — Sur les tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1911, p. 855.)
52. LENORMANT. — Tumeurs fibreuses des deux bras consécutives à des injections d'huile camphrée. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1920, p. 1041.)

53. LENORMANT. — Tumeurs fibreuses ulcéreuses des deux cuisses, consécutives à des injections d'huile camphrée. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1924, p. 95.)
54. LERICHE R. et POLICARD A. — Suggestion sur le problème de la croissance squelettique fournie par l'examen d'une exostose ostéogénique. (*Presse Médicale*, 31 octobre 1923, p. 905.)
55. LERICHE R. et POLICARD A. — Considérations générales sur les ostéosarcomes : des relations existant entre les mécanismes de l'ostéogenèse normale et la structure des sarcomes osseux. (*Presse Médicale*, 3 décembre 1924, p. 957.)
56. LOISON. — Fibrome du nerf sciatique. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 1056.)
57. MARQUIS. — Un cas de sarcomatose profuse. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1920, p. 1005.)
58. MARTINI. — Sur les sarcomes primitifs du tissu cellulo-conjonctif pelvien. (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1910, p. 877.)
59. MASSIA et PILLON. — Le traitement antisymphilitique d'épreuve. (*Journal de Médecine de Lyon*, mai 1925, p. 503.)
60. MAUCLAIRE. — Volumineux lipome périostique de la face antérieure du pubis. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 107, p. 953.)
61. MERCIER. — Lipomes de la cuisse. (*Thèse de Montpellier*, 1898.)
62. MERIEL E. — Les tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome. (*Gazette des Hôpitaux*, 1911, p. 303.)
63. MERLAT H. — De quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. De leur traitement conservateur. (*Thèse de Lyon*, 1908.)

64. MICHON. — Myxome intra-pelvien avec prolongement dans la fosse ischio-rectale gauche. Guérison. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1911, p. 620.)
65. MICHON L. — Tumeurs multiples de la cuisse consécutives à des injections d'huile camphrée. (*Lyon Médical*, 1920, p. 366.)
66. MONOD. — Tumeur brachiale. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1904, p. 205.)
67. MORESTIN. — Lipome de l'aisselle. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1907, p. 961.)
68. MORTON J. et DUFFY W. — Etude clinique et pathologique de dix tumeurs des os. (*Archives of Surgery*, novembre 1923, p. 469.)
69. NOVÉ-JOSSERAND. — Etude sur les tumeurs conjonctives des muscles striés et en particulier sur le fibrome dissociant à évolution maligne. (*Thèse de Lyon*, 1895.)
70. PATEL. — Tumeur à allure maligne des parties molles du bras. (*Lyon Chir.*, 1924, p. 623; *Soc. de Chir. de Lyon*, 8 mai 1924.)
71. PATEL et MAGDINIER. — Sarcome de la gaine du nerf sciatique. (*Lyon Médical*, 1909, p. 837.)
72. POLICRD A. et LERICHE R. — Notions générales sur les néoformations cartilagineuses pathologiques. (*Presse Médicale*, 23 juin 1923, p. 561.)
73. POLLOSSON M. — Leçon de clinique chirurgicale. De l'intervention chirurgicale dans le myxome diffus des membres. (*Lyon*, 1893.)
74. PONCET et LERICHE R. — Tuberculose inflammatoire et sarcomes. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1911, p. 885.) — Discussion : Arrou, Kirmisson, Quénu, Routier, Savario, p. 1251; Morestin, Sébilleau, P. Delbet, p. 1299; Piqué, Tuffier, Lejars, Quénu, p. 1337.
75. POTHERAT. — Lipome d'un doigt. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1900, p. 1054.)

76. POTHERAT. — Myxome du membre supérieur et radiographie. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1903, p. 691.)
77. POTHERAT. — Enorme myxome de la cuisse gauche. Ablation. Guérison. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 472.)
78. POTHERAT. — Fibro-myxo-sarcome du nerf sciatique. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1906, p. 358.)
79. POTHERAT. — Tumeur du nerf sciatique poplitée interne. Extirpation avec conservation du nerf et de ses fonctions. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1912, p. 458.)
80. POTHERAT. — Myxome du soléaire. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1913, p. 205.)
81. PROUST et TREVES. — Contribution à l'étude des lipomes rétro-péritonéaux. (*Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1908, p. 93.)
82. RAFIN M. — Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres. (*Thèse de Lyon*, 1885.)
83. REGAUD. — Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne. (*Arch. de Médecine expérimentale*, 1896.)
84. REGNAULT Carl. — Die malignen tumoren der Gefäßscheide. (*Arch. für Klinische Chirurgie*, 1887, t. 35, p. 50.)
85. RICHOUX F. — Les sarcomes musculaires. Résultats opératoires éloignés. (*Thèse de Lyon*, 1901.)
86. ROSENTHAL. — Contribution à l'étude des sarcomes des gaines tendineuses. (*Beiträge zur Klin. Chir.*, 1909, p. 577.)
87. RUOTTE. — Sarcome musculaire développé dans pectiné; ablation du muscle et des insertions au squelette. (*Lyon Médical*, 1900, p. 199.)
88. RUOTTE. — A propos du sarcome musculaire. (*Lyon Médical*, 1911, p. 440.)

89. ROUSSY et BERTILLON. — Un cas de sarcome post-traumatique. (*Bull. de l'Assoc. française pour l'étude du cancer*, 1924, p. 671.)
90. SABRAZÈS, GUYOT et JEANNENEY. — Lipome du temporal. (*Bull. de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1924, p. 47.)
91. SCHMIDT H.-H. — Des tumeurs rétro-péritonéales et mésentériques. (*Arch. für Gynækologie*, 1924, p. 490.)
92. SCHWARTZ. — Un cas d'angio-sarcome des 3^e, 4^e et 5^e métacarpiens. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1917, p. 1047.)
93. SCHWARTZ et CHEVRIER. — Les lipomes ostéo-périostiques. (*Rev. de Chir.*, 1905, p. 132 et 286; 1906, p. 76, 260 et 469.)
94. SCHWARTZ et CHEVRIER. — Du lipome périostique. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 496, 501, etc. (discussion).)
95. SMIRNOFF A.-S. — Sur les tumeurs des bourses séreuses de l'articulation du genou. (*Soc. de Chir. de de Moscou. Analyse in Journal de Chir.*, 1912, p. 600.)
96. TEDENAT et MARTIN. — Vingt-quatre cas de sarcomes primitifs du cordon. (*Arch. générales de Chir.*, 1908, p. 113.)
97. THÉVENOT et PATEL. — Les myxo-lipomes de la cuisse. (*Gazette des Hôpitaux*, 1901, p. 685.)
98. TIXIER. — Déchirure longitudinale de la veine fémorale au cours de l'ablation d'un gros sarcome de la gaine des vaisseaux. Suture de la fémorale. Guérison. (*Lyon Chir.*, 1913, t. 10, n° 3, p. 316.)
99. TOURNEUX J.-P. — Les sarcomes des gaines tendineuses. (*Rev. de Chir.*, 1913, p. 817.)
100. TOURNEUX et BILLET. — Tumeur paranéphrétique. Rapport de Lecène. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1924, p. 170.)

101. TREVOUX. — Des tumeurs à tissus multiples. (*Thèse de Lyon*, 1888).
 102. VERNEUIL. — Sarcome ganglionnaire du pli de l'aîne avec adhérences à la gaine des vaisseaux. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869.)
 103. VEYRASSAT. — Myxo-lipome de la fesse. (*Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 1539.)
 104. VIANNAY. — Sarcome aponévrotique de la gaine des vaisseaux. (*Lyon Chir.*, 1914, t. 11, n° 4, p. 363.)
 105. VILLARD. — Myxo-lipome de la cuisse. (*Soc. des Sciences Médicales*, juillet, 1896.)
 106. VILLARD. — Enorme fibro-sarcome de la cuisse. (*Soc. des Sciences Médicales*, 1902.)
 107. VILLARD et VOITURIER. — Volumineux myxo-lipome de la face interne de la cuisse. Extirpation. Guérison. (*Lyon Médical*, 1908, p. 775.)
 108. VITRAC. — Rapport de J.-L. Faure. Tumeurs d'origine traumatique. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1918, p. 794.)
 109. WALTHER. — Sarcome récidivé du nerf sciatique. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1906, p. 852.)
 110. WALTHER. — Lipome du biceps. (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1921, p. 416.)
-

TABLE DES MATIERES

Publications antérieures.....	11
PREMIÈRE PARTIE. — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres .	15
Introduction.....	17
Définition.....	21
Topographie du tissu conjonctif des membres et des tumeurs qui en dérivent	23
Les différents aspects du tissu conjonctif...	33
Tumeurs des parties molles et tumeurs du squelette.....	37
Plan d'étude histologique et clinique des tu- meurs conjonctives	45
Des étiquettes anatomo-pathologiques appli- quées aux tumeurs conjonctives.....	51
Du myxome et du rôle de la vascularisation dans les tumeurs conjonctives	55
De l'intérêt d'une terminologie simplifiée ...	65
Généralités sur les tumeurs conjonctives des membres.....	69
Conclusions.....	79

DEUXIÈME PARTIE. — Les observations	83
TROISIÈME PARTIE. — Du conjonctivome des mem- bres dit « de la gaine des vaisseaux »	109
Définition	114
Historique	115
Etude anatomique	121
a) Etude macroscopique	121
b) Histologie, pathologie	133
Etude clinique	135
a) Symptômes	135
b) Evolution et pronostic	143
c) Diagnostic	149
Traitement	161
